Nr. 44. 2. listopada 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Afekty psychiczne, stosunek ich do układu wegetatywnego i znaczenie w patologji i terapji chorób wewnętrznych*).

Z Kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Przeglądając współczesną literaturę lekarską, nie trudno zauważyć, że stosunkowo coraz częściej spotyka się w pracach wzmianki o roli wpływów psychicznych na powstawanie zaburzeń w ustroju, które do niedawna zdawały się być od nich niezależnemi[1]).

Widocznem się staje, że wpływy psychiczne na organizm sięgają nader głęboko lubo droga do tego jest nieraz bardzo trudną do ujęcia. Badając swego czasu stosunek różnych czynników do wywozu kwasów z ustroju[2]), miałem sposobność stwierdzić, że spokojna praca umysłowa, to jest taka, przy której niema wyraźnego afektorodnego podbarwienia uczuciowego, jest pod tym względem prawie obojętną, podczas gdy same afekty zachowują się inaczej. Wyrobiłem sobie stąd przekonanie, że droga, którą czynności psychiczne wpływają na funkcje somatyczne, musi iść przez ośrodki wywołujące zespoły objawów, cechujące odpowiednie wzruszenia, a więc przez centra będące w styczności z układem wkrewnowegetatywnym[3]) a stąd i z całym ustrojem. Liczne me obserwacje potwierdziły to i skłoniły mnie do podzielenia się niemi z Czytelnikami. Z góry zaznaczam, że omówię te zjawiska li tylko z punktu widzenia lekarza-internisty.

Ścisła definicja afektu należy do psychologji. Dla lekarza internisty wystarczy określenie, że jest to odczyn na powstanie pewnych uczuć. Uczucia te zjawiają się, skoro zaistnieje pewien bodziec psychiczny, a przytem dotknie w jakibądź sposób grupy »ja«.

Kontakt ten jest konieczny lubo nie zawsze bywa równie ścisły i łatwy do ujęcia. Podnieta afektorodna ma swe źródło w korze mózgowej, skąd przenosi się na centra motoryczne i wegetatywne, wywołując charakterystyczny zespół objawów. Prócz omówionych czynności wchodzi w zakres czynności ośrodków afektorodnych także i wpływ na szybkość funkcji psychicznych objawiający się to ich zwolnieniem to przyśpieszeniem[4]). Mechanizm całego zjawiska jest bardzo zawiły.

Wiemy, że uczucia mogą być przeróżne, oddziaływanie bodźców psychicznych na grupę »ja« również nader rozmaite, że bardzo ważną jest psychika ludzka, a stąd reakcja na te zjawiska musi przedstawiać wiele rozmaitości. Opisać tu szczegóły jest niemożliwem ze względu na rozmiar przedmiotu, jest tylko możebnem ująć obraz w krótkie i treściwe ramy opisu postaci mniej lub więcej typowych. Afektów mogących dochodzić do znaczniejszej siły, a stąd i wpływu na ustrój, a więc zasadniczych z punktu widzenia lekarskiego, znamy naogół niewiele, reszta to zjawiska stosunkowo mniej wybitne. Każdy afekt może istnieć jednak w różnych odmianach, a prócz tego znamy liczne wzajemne ich kombinacje. Nie można powiedzieć jakoby były dwie osoby, któreby oddziaływały identycznie na te same bodźce psychiczne, każdy człowiek przedstawia pewną, sobie tylko właściwą, odmianę, lecz mimo to można w tej całej masie zjawisk wyszukać szereg objawów wspólnych wszystkim osobnikom i cechujących istotę afektu.

Opisem tych objawów głównych zajmę się obecnie.

Rozpocznę od afektu radości.

I.

Radość jest afektem dającym się określić jako odczyn na miłe uczucia towarzyszące pewnym procesom psychicznym. Nie jest więc ona sygnałem zjawienia się określonych funkcji psychicznych, ale znakiem zaistnienia pewnych uczuć, które u różnych ludzi mogą odpowiadać dość różnym czynnościom duchowym. To co jednego cieszy, może być dla drugiego (lub nawet dla niego samego, ale w innych okolicznościach) względnie obojętnem i naodwrót. Psychika osób będących w afekcie radości jest wielce charakterystyczną. Przyśpieszenie biegu myślowego, ułatwienie assocjacji, rozszerzenie aktualnej świadomości, pewne upośledzenie auto- i hetero-krytycyzmu, a stąd zbytnia kategoryczność w wypowiadaniu się i nadmierny optymizm w stosunku do otoczenia, ciekawe zaostrzenie uwagi wobec zjawisk mało wybitnych, pewne zaburzenie w orjentacji co do czasu, wywołane zmianą stosunku poczucia znużenia do istotnie wykonanej pracy w odpowiedniem quantum czasu, obok wielu innych nieraz bardzo charakterystycznych indywidualnych przejawów — składają się na barwną całość obrazu.

Twarz osób uradowanych jest zazwyczaj różowa i jakby pełniejsza[5]), świeższa, w stosunku do spotykanej w okresie zupełnego spokoju. Widocznem jest, że ukrwienie jej jest lepsze i świadczy o zjawieniu się bodźców wywołujących rozszerzenie naczyń krwionośnych zwłaszcza włosowatych[6]). Ucieszeni czują ciepło w twarzy i w istocie jest tam temperatura skóry wcale znaczna na dowód, że dilatacja dotyczy i małych tętnic. Mimika twarzy okazuje pewną nadczynność mięśnia Santoriniego, m. kwadratowych wargi górnej i dolnej i m. okrężnego oka z udziałem zniżacza brwi, a stąd wyraz twarzy pogodny, wesoły. Przejdźmy do narządów wewnętrzych.

Narząd oddechowy oddziaływa przyśpieszeniem oddechania (przy b. silnej radości i do 30 na minutę), respiracja jest łatwa i nieraz odczuwają ludzie tak znaczną lekkość w oddechaniu, iż mają wrażenie jakby im wprost ciężar jakiś zdjęto z piersi. Żywość ruchów, a więc większa praca całego ustroju i następowe zapotrzebowanie tlenu tłumaczy poniekąd żwawsze oddechy, wzrost napięcia mięśni i łatwiejszy ich skurcz może robić wrażenie lekkości, zmniejszenie się duszności roboczej może być wytłumaczone ekscytacją w sensie podwyżki sprawności ośrodka oddechowego odkwaszającego aktualnie ustrój, (podobny wpływ na duszność roboczą okazuje według Parisota koffeina). Serce pracuje energiczniej i szybciej a, o ile afekt jest b. silny może zwyżka dochodzić nawet do 100 i więcej skurczów na

*) Według wykładu wygłoszonego przez autora na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego dnia 10. X. 1924.

[1]) T. Tempka: (Pol. Arch. Med. wewn. T. I. Z. 3).
J. Danysz: (Pol. Gazeta lek. 1924. 26.). Nadto pr. Tinela, Laignel-Lavastinea i in.

[2]) Badania moje odnoszące się do wywozu kwasów z utroju tak w stanach fizjologicznych jak i patologicznych ogłosiłem w Lw. Tygodniku lek. 1920. Nr. 10 i 11.

[3]) W sprawie pojęcia układu wkrewno-wegetatywnego odnoszę Czytelnika do pracy mojej ogłoszonej w Pol. Gazecie lek. 1924. 24. Podałem w niej całokształt współczesnych zapatrywań na czynności tego systemu i zagadnienia z niemi związane. O niektórych z ostatnich problemów, jako leżących poza możliwością poznania, mogłem wspomnieć tylko dla zaokrąglenia całokształtu obrazu. Taksamo wspomnę w pracy niniejszej, omawiającej somatyczną stronę afektów, tylko pokrótce zasadniczy zarys psychiki im towarzyszącej, jako poddział ich symptomatyki, z pominięciem niedostępnych badaniu kwestji biologicznej istoty korowego powstania afektów.

[4]) Ciekawe dane można znaleźć w pracy K. L. Schleicha ogł. wr. 1902. (Die Therapie der Gegenwart 1902. 3.). Wspomnieć też należy dawne poglądy Cl. Bernarda, Meynerta, Goltza i in.

[5]) W myśl poglądów Löwiego i Rothschilda na niestałość tarczycową (instabilité thyréoidienne) możnaby uwzględnić tu i wpływ uwodnienia tkanek.

[6]) Por. pr. Ebbeckego (Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiol. B. 169). Dale'go, Richardsa, Lewisa, Krogha, Sladego i Cottona.

minutę. Tony serca są głośniejsze, ale nie można zauważyć, aby drugi ton nad tętnicą główną wyraźniej się wzmacniał. Zgadza się to z okolicznością, że u człowieka uradowanego znaczne naogół terytorja naczyniowe są rozszerzone, a stąd brak warunków dla powstania czasowego wzrostu parcia krwi mimo żywszej akcji serca. Trawienie i wogóle funkcje przewodu pokarmowego stają się sprawniejsze. Widzi się ludzi, którzy w afekcie radości dostają momentalnie łaknienia i spożywają chciwie pokarmy, do których zwykle zbytniej nie mieli ochoty. Niektórzy odczuwają pragnienie. Są też czasami i stany wręcz przeciwne, ale te należą do względnej rzadkości. Muskulatura zwiększa swe napięcie, a obwód mięśni wzrasta wskutek lepszego unaczynienia[7]). Siła motoryczna zwiększa się. Czucie ulega pewnemu przytępieniu. Wydzielanie potu jest wzmożone w miernym stopniu. Pot ten jest względnie dość ubogi w składniki stałe, (choć nie zdaje się to być regułą). Mierny stopień euforji trwający czas dłuższy wpływa korzystnie na odżywianie ustroju, co objawia się wzrostem wagi ciała. Funkcje nerek zmieniają się również. Z reguły występuje mierna polyurja. Ciężar gatunkowy moczu obniża się, choć nie całkiem proporcjonalnie do wzrostu diurezy, co się daje wytłómaczyć tem, że wywóz NaCl jest względnie dość żwawy, a to przeciwdziała zbytniemu zmniejszaniu się ciężaru gatunkowego[8]). Fosforany nie są naogół wzmożone, a nieraz nawet w zmniejszonej ilości[9]). Suma wydalanych ciał mogących w odpowiednich warunkach ujawnić swą kwasową naturę wzrasta, kwaśność potencjalna przy słabem nasileniu afektu zwiększa się nieco w stosunku do wspomnianej sumy, przy silnem maleje lub jest niezmienną.

U osobnika badanego w okresie radosnego nastroju stwierdziłem w czasie szeregu obserwacyj wykonanych w latach 1912 - 1923 diurezę, w stosunku do spotykanej zresztą, o 20—30% wyższą, wzrost absolutny NaCl o 8—10% i wyżej, a spadek ogólnej ilości fosforanów o ½—3%. W oznaczeniach z r. 1912 stwierdziłem wzrost zwł. wywozu sodu, chloru i SO_3 a spadek P_2O_5. Suma ciał kwasorodnych wzrastała od 15 prawie do 30%, kwaśność potencjalna była albo bez zmiany, albo zwiększała się o 1 5% albo też nieznacznie zmniejszała. Krzywa ciężaru gatunkowego nie szła w parze z krzywą diurezy, która okazywała maximum średnio w ¾ - 1½ godziny po zadziałaniu bodźca wywołującego afekt. Wypicie większej ilości płynów powodowało nader szybką polyurję. ¾ litra wody wydalił badany w ciągu niespełna godziny, o ile przebywał w leżącej pozycji. Nadmieniam, że podane daty zostały uwidocznione jako zestawienie badań, które były możliwe do dokonania w ciągu szeregu lat.

Widzimy z całego opisu, że afekt radości jest zbiorem objawów pod względem wegetatywnym bardzo niejednolitych. Brak w nim nastroju organizmu w pewnym kierunku. Panuje tu raczej zwrot funkcji ustroju w kierunku zwyżki czynnościowej — bez względu na jej jakość pod względem wegetatywnym — a więc to, co jest cechujące dla miernego wzrostu sprawności tarczycy. Pewne cechy odnoszące się do zjawisk chemicznych jak zachowanie się NaCl, kwaśności potencjalnej (w stosunku do sumy ciał kwasorodnych) oraz wagi ciała skłaniają też do przyjęcia udziału w całem zjawisku i wyższych ośrodków assymilacyjnych. Wiemy, że umiarkowana radość nie jest wiązana z momentami etjologicznymi cierpień, że pogodny i wesoły nastrój wpływa wcale korzystnie na czynności ustroju, że usunięcie innych afektów i zastąpienie ich euforją działa wprost leczniczo. Lekkie, nieszkodliwe, podniesienie sprawności w dzielniczej tarczycy, a stąd nastawienie organizmu bliżej optimum sprawności życiowej, a przytem uruchomienie wyższych assocjacyjnych mechanizmów wegetatywnych, są tymi korzystnymi czynnikami w działaniu tego afektu, o ile nie jest w zbytniem nasileniu.

Prócz radości odróżniamy jeszcze szereg pokrewnych afektów. Wzruszenie pod wpływem miłej niespodzianki, t. zw. szał radości i t. p. są dużo gwałtowniejsze, połączone z silnem psychicznem i motorycznem podnieceniem oraz gwałtownemi zmianami naczynio-ruchowemi. Widzi się np. że ludzie nagle ucieszeni śmieją się, a równocześnie łzy im płyną z oczu, czasem nawet (zwł. kobiety) płaczą z radości. Objawy psychiczne nie są tu — podobnie jak i somatyczne — prostem spotęgowaniem euforji, tu obraz zbliża się więcej do hypertyreozy, z zaakcentowaniem przejawów współczulnej nadczynności, a brakować się zdaje tego drugiego składnika, który stanowi o korzystnym wpływie afektu na organizm. Zwykła euforja działa zbawiennie, zespoły, o których mowa, mogą wpływać ujemnie zwłaszcza na osoby z nienormalnym układem naczyniowym.

II.

Gniew jest w klasycznej postaci afektem częstym zwłaszcza u osób pewnego typu. Typ ten z somatycznemi cechami dobrego rozwoju układu chromochłonnego, okazuje ciekawą łatwość do wytwarzania w sobie impulsów zarówno do radości jak i gniewu. Należą doń ludzie, często w istocie bardzo dobrzy, ożywieni i weseli, u których jednak wystarczą już słabe, bodźce dotykające w jakikolwiek sposób ich grupy »ja« aby wywołać istny huragan gniewu, równie gwałtowny jak przemijający. Otoczenie takich osób wie o tem dobrze, że o ile w chwili gniewu tychże zachowa się spokojnie, pozwoli się zgniewanemu wyładować i nie przeciwstawia mu swego zdania, nie odczuje żadnych ujemnych następstw afektu. Mówi się potocznie: »prędki człowiek, ale złote serce«. Ludzie opisanego typu nie zdołają nieraz w towarzystwie, mimo zresztą silnej woli, pohamować zupełnie odśrodkowych impulsów do gniewu i odczuwają to przykro. Ludzie innych typów mają omawiany afekt słabiej nasilony, łatwo uległy woli, dłużej trwający, więcej centralny, mniej odruchowy, wpleciony więcej w tok właściwych czynności psychicznych.

Klasyczny obraz gniewu daje się podzielić na 3 fazy: fazę wstępną, okres wyładowania i fazę końcową.

Faza wstępna to »zbliżanie się burzy«. Twarz staje się bledszą, zwłaszcza wargi (»zbielałe usta«). Wzrok niespokojny, gałki oczne nieco wysadzone o bladych spojówkach gałkowych, źrenice nieco rozszerzone, rozszerzenie szpary powiekowej i zwrotne zwiększenie wytwarzania łez co nadaje oczom niezwykłego blasku (»błyski gniewu«), lekkie wysychanie w ustach, oddechy szybsze, czasem wdech jakby utrudniony. Mimika bardzo charakterystyczna, pewien wzrost napięcia mięśnia jarzmowego, trójkątnego, m. kwadratowych warg, m. unoszącego powiekę górną i marszczyciela brwi — co nadaje twarzy niemiły wygląd. Pewna grupa osób stara się zahamować wspomnianą mimikę i pokryć uśmiechem, ale ten ostatni jest z gruntu odmienny od prawdziwego i nieestetyczny. Czasem można stwierdzić rytmiczne skurcze mięśni żuchwowych i skrzydlatych. Są ludzie, u których pewne mięśnie mimiczne wpadają w I. fazie w toniczny skurcz. Widzimy niekiedy skurcz jednostronny dźwigacza skrzydełka nosa, m. okrężnego ust m, wargi górnej, m. jarzmowego i in. Lokalne rozszerzenia naczyń włosowatych, a po części i małych tętnic, dają szereg objawów jak zaczerwienienie uszu (niekiedy wyraźniej po jednej stronie), sinawe ubarwienie pewnych partji skóry — bardzo rozmaicie zależnie od osobnika. Faza wstępna może być, jak poniekąd zaznaczyłem pośrednio, jedynym przejawem afektu, bo wola zdoła nieraz przerwać tutaj całe zjawisko. Kiedy to się stanie, nastaje przecież coś w rodzaju wewnętrznego wyładowania. Na twarzy zjawiają się sinawe nieco rumieńce, uszy są mocno czerwone, występuje nieraz drżenie rąk i polyurja. Mocz o niższym ciężarze gatunkowym, NaCl i fosforany nieco obfitsze, stosunek zasad do kwasów w moczu podobny trochę do następstw podaży adrenaliny. O ile faza wstępna — nieraz bardzo krótka — nie kończy afektu, nastaje wyładowanie. Zauważono, że idzie ono w pewnym porządku. Zaczynać się

---

[7]) Berger, O. Müller i E. Weber stwierdzili, że miłe wrażenia zwiększają pojemność kończyn, a niezadowolenie ją zmniejsza. Wiemy dziś, że w mięśniach otwierają się w miarę zapotrzebowania kapillary w zwykłych warunkach zamknięte (badania Krogha z lat 1918 i 1919.). Podniecenie wesołe, wywołując hyperkinezję, zmusza naczynia włosowate mięśni do otwarcia dróg w spokoju zamkniętych, a stąd zwiększa ukrwienie i pojemność muskulatury.

[8]) Por. pracę J. Greka (Gazeta lek. 1911. Nr. 51.) omawiającą m. in. i zachowanie się chlorków po przecięciu nerwów trzewnych.

[9]) Jest możliwe, iż kwas fosforowy jest konieczny w celach wiązania pewnych ciał. Wiemy, że regeneracja cukru, rozpadłego na kwas mleczny przy pracy mięśniowej, odbywa się pod osłoną kwasu fosforowego.

zwykło gwałtownymi ruchami oczu, zwłaszcza w osi pionowej. Spojówki ulegają przekrwieniu. Twarz w związku ze skurczem wyżej wspomnianych mięśni, przybiera wygląd groźny, szczęka dolna wysuwa się nieco ku przodowi, wargi drżą (ataksja), zwiększa się saliwacja, zgniewany spluwa nieraz obficie, a kiedy mówi występuje piana zwłaszcza w kątach ust (»piana gniewu«). Głos z powodu zaburzonej zborności ruchów mięśni krtani i skłonności do zjawiania się lekkiego skurczu głośni — staje się innym, jest więcej szorstki, chwilami jakby zdwojony (dwugłos) a często wyraźnie wyższy zwłaszcza na końcu zdań. Człowiek jest w gniewie wielomowny, a przytem zdaje się mu zbywać na autorefleksji i wielu innych regulatorach czynności psychicznych. Zgrzytanie zębami, energiczne wymachiwanie rękami, tupanie nogami i wogóle niepokój motoryczny, cechują całe zjawisko. Zaburzenia naczyniowe dotyczą spojówek (»krwią nabiegłe oczy«) i twarzy (»pąs gniewu«). U kobiet może wyładowanie gniewu objawić się płaczem. Zgniewany nieczuły jest na ból i zimno, odczuwa gorąco i jest często spocony. Pot zdaje się być stosunkowo ubogi w składniki stałe.

Faza II. zbliżoną jest nieco do silnego zatrucia alkoholem. Wyładowanie postępuje naprzód, zwala się jak lawina, a osiągnąwszy swój szczyt, przechodzi — zwykle dość nagle — w fazę trzecią. Jest nią pewne wyczerpanie, powrót samo-krytycyzmu, zgniewany żałuje, że zbytnio dał się unieść, lubi usuwać się na czas pewien w samotność, a po powrocie, z niej widoczne jest w twarzy, jaką przybiera przy spotkaniu z otoczeniem, pewna przymieszka duchowego skrępowania.

Wegetatywnie jest I. faza bezwątpienia w przewadze sympatykotoniczna, druga nagłym spadkiem napięcia współczulnego kombinowana z wegetatywną ataksją, a trzecia ogólnem wyczerpaniem.

G n i e w n i e j e s t o b o j ę t n y m d l a u s t r o j u. Widziano w związku z tym afektem powstawanie wybroczyn krwawych w mózgu, napady dusznicy bolesnej, dychawicy oskrzelowej i kolki żółciowej i wiele innych cierpień. Zjawianie się cukromoczu po afekcie gniewu jest również znane. Wobec hypestezji i braku panowania nad ruchami jest możliwe samokaleczenie się zgniewanych i inne obrażenia.

Gniew nie jest odosobnionym przedstawicielem swej grupy. Są obok niego i inne zespoły, mniej somatyczne i dłużej trwające. Więcej centralne ich umiejscowienie oddala je jednak od sfery czysto somatycznej, a stąd od przedmiotu badań lekarza-internisty.

W krótki czas po afekcie gniewu miałem sposobność badać kilka osób. To co zwracało uwagę, były głównie zaburzenia ze strony narządu krążenia. Akcja serca silna, przeważnie przyśpieszona, tętno dobrze napięte; o ile faza II. była silna, wpływało to naogół jakby ujemnie na energję pracy serca w porównaniu z przypadkami, w których afekt został w I. fazie przerwany lub II. faza była słabsza. Czasami niemiarowość typu oddechowego. Zawsze dermografja, raz ze skurczem prostowników włosów, u osoby tuż po przerwaniu afektu w I. fazie zrazu biała, a po pewnym czasie wyniosła. O zmianach w moczu wspomniałem poprzednio.

Gniew jest zespołem objawów dającym się głównie z odległości obserwować. Ścisłe dane są niemożliwe do osiągnięcia z powodu nieprzystępności danych osób w czasie afektu.

Sądzę, że to, co zdołałem zebrać, jest dla lekarza-internisty wystarczającem, ujęcie całości obrazu w zupełnie skończoną postać będzie jeszcze wymagało dalszych obserwacji. Mimo codzienności jest afekt gniewu zjawiskiem bardzo złożonem, bogatem w różne zagadki w odniesieniu do swego mechanizmu. Dok. nast.

Prym. doc. dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

O postępowaniu przy nagromadzeniu się krwi we wnętrzu narządów rodnych na skutek zarośnięcia pochwy.

Z Oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Nie rozpatrując zupełnie przyczyn zarośnięcia dolnego odcinka pochwy, postanowiłem dzisiaj, opierając się na moich własnych spostrzeżeniach i na odnośnem piśmiennictwie, zastanowić się nad tem, jak należy postępować w przypadkach tych, w których na skutek wspomnianej nieprawidłowości, przychodzi do nagromadzenia się krwi miesiączkowej we wnętrzu narządów rodnych.

Pisząc swego czasu o postępowaniu chirurgicznem w podobnych przypadkach, zająłem stanowisko, że rozstrzygającym momentem, czy w danym razie należy otworzyć jamę brzuszną, lub też nie, jest zyskanie pewności, lub choćby tylko powzięcie przypuszczenia, że do nagromadzenia się krwi miesiączkowej doszło już nietylko w pochwie i w jamie macicy, lecz także i w świetle jajowodów.

Powikłanie to nie należy do zbyt rzadkich i stanowi bezwzględne wskazanie do otwarcia jamy brzusznej, celem usunięcia krwi z jajowodów, względnie usunięcia samych jajowodów. Pozostawienie bowiem krwi w jajowodach, po stworzeniu połączenia ze światem zewnętrznym, spowodować może, jak to nas poucza spostrzeżenie kliniczne, powstanie ropnych guzów jajnikowych, a nawet zapalenia otrzewnej. Nie ulega więc chyba dla nikogo żadnej wątpliwości, że należy chorą uchronić przed tem niebezpieczeństwem i dlatego tam, gdzie chociażby tylko podejrzewać będziemy, iż krew w jajowodach się nagromadziła, powinniśmy bezwględnie, obok usunięcia zarośnięcia, otworzyć jamę brzuszną i albo krew z trąbek wycisnąć, albo nawet trąbki w całości usunąć. Zależeć to będzie od tego, jak daleko posunięte zmiany w jajowodach w danym przypadku spotkamy.

To moje zapatrywanie musiałem w ostatnich czasach poddać rewizji i wskązania do otwarcia jamy brzusznej przy omawianem schorzeniu rozszerzyć. Skłoniło mnie zaś do tego w pierwszym rzędzie kilka spostrzeganych przezemnie ostatnio przypadków. Krótki ich opis podaję poniżej.

Pierwszy przypadek dotyczy chorej z mojej praktyki prywatnej; przedstawiałem go już raz w Towarzystwie Lekarskiem Krakowskiem. Trzy zaś dalsze przypadki spostrzegałem na moim Oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek I.

M. N., 14-letnia zgłosiła się do mnie i podała w wywiadach, że już dwa razy w odstępach czterotygodniowych, miała silne napady bólów. Jak z opisu wywnioskować mogłem, nie były to bóle, wskazujące na to, że chora przebyła jakąś sprawę toczącą się na otrzewnej.

Przy badaniu stwierdziłem bliznowate zarośnięcie wejścia do pochwy i dolnej części pochwy, oraz rozdęcie jej części górnej, nagromadzonym w jej świetle płynem.

Postanowiłem wykonać zabieg, mający na celu rozcięcie blizny i wypuszczenie nagromadzonego płynu, poczem dopiero chciałem chorą w uśpieniu dokładnie zbadać, stwierdzić, czy ma zmiany w przydatkach i zadecydować o ewentualnej potrzebie otwarcia jamy brzusznej. W uśpieniu więc eterowem przystąpiłem do zabiegu. Naciąwszy bliznę, znajdującą się pomiędzy wargami małemi i posuwając się częściowo na ostro, a częściowo na tępo, starałem się dostać do dolnego bieguna chełboczącego guza. Mniej więcej na głębokości 1 cm od szpary sromowej, natrafiłem na jamę wielkości kasztana, wypełnioną jałową ropą. Jamę tę wyjodynowałem, a po nacięciu jej ściany górnej, posuwając się dalej ku górze, otwarłem dolne sklepienie guza zawierającego gęstą, mazistą, ciemno zabarwioną krew, nagromadzoną tamże w tak wielkiej ilości, że rozdęła balonowato nietylko ściany pochwy, lecz i szyję macicy. Brzegi rany pochwy zeszyłem w ten sposób, by uniemożliwić jej powtórne zarośnięcie.

Po wypuszczeniu krwi zbadałem chorą przez pochwę na nowo otwartą i stwierdziłem, że jajowody są nieco zgrubiałe, wobec tego drugi kolega przystąpił do otwarcia jamy brzusznej. W jamie brzusznej nie znaleziono śladu krwi, oba natomiast jajowody zawierały płyn mazisty, ciemny, przeświecający przez ich ściany, wejrzeniem przypominający zupełnie krew, wypuszczoną z pochwy. Po dokładnem oglądnięciu jajników na których powierzchni znaleziono dwie blizny po jajeczkowaniu i po wyciśnięciu krwi z drożnych i nieznacznie zaledwo rozszerzonych jajowodów jamę brzuszną zaszyto. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Rozpatrując ten przypadek musimy dojść do wniosku, że mieliśmy tu do czynienia z nabytem zarośnięciem dolnej części pochwy, (na co wskazuje i bliznowate zaciągnięcie pomiędzy wargami sromowemi i znaleziony ropień) wraz z nagromadzeniem się krwi w górnej niezarośniętej części pochwy, w szyji macicy i w jajowodach. To ostatnie doszło do skutku w czasie zaledwo dwóch przebytych miesiączek. Dowód na to w wywiadach i w wyglądzie jajników.

Przypadek II. L. p. 365/23.

F. K., 16-letnia zgłosiła się na Oddział dnia 12. VI. 1923 r. podając w wywiadach, że dotychczas nie miesiączkowała. Przed tygodniem wystąpiły u niej powoli wzmagające się silne bóle dołem brzucha, oraz niemożność oddania moczu.

Przy badaniu stwierdzono, że wejście do pochwy zamknięte jest grubą błoną dziewiczą, ponad którą znajduje się guz wrzecionowaty, wielkości dużej pomarańczy, chełboczący. Nie jest on niczem innem, jak pochwą rozdętą krwią miesiączkową. Na szczycie guza mieści się prawidłowej wielkości macica. Przydatki niebadalne.

W uśpieniu eterowem wycięto okrężnie błonę dziewiczą i brzegi rany obdziergano. W ten sposób otworzono wejście do pochwy szerokości dwóch palców. Z pochwy wylało się przy tym zabiegu około 300 cm^3 krwi, ciemno-czarniawej, konsystencji mazistej. Po tym zabiegu zbadano przez pochwę i stwierdzono część pochwową prawidłową, szyję i ujście zewnętrzne zamknięte. Z szyji wypływa płyn taki sam, jak znaleziony poprzednio w rozdętej pochwie. Macica prawidłowej wielkości, jajowody może cośkolwiek twardsze niż zazwyczaj.

Pomimo braku objawów, że krew w jajowodach się znajduje, nauczony przypadkiem poprzednim, otwarłem jamę brzuszną i stwierdziłem rzeczywiście obecność krwi w jajowodach i to krwi mazistej, takiej samej jak w pochwie. Krew tą wyciśnięto palcami przez ujście brzuszne, posuwając się powoli i uważnie od macicy ku obwodowi. Krwi nie było więcej, jak po kilka kropli w każdym jajowodzie, rozmieszczona zaś była w ich wnętrzu niejednostajnie, lecz z przerwami, tak, że jajowod robił wrażenie sznura pereł, przyczem w rozdętych jego miejscach mieściła się krew, a w przewężeniach krwi nie było. Najprawdopodobniej obraz ten spowodowany został ruchem robaczkowym mięśni trąbki. Stwierdzenie tego stanu przy pomocy badania oburęcznego nawet, w uśpieniu z powodu plastyczności jajowodów w tym przypadku było bezwarunkowo niemożliwe. Obustronne jajniki dokładnie oglądnięto i znaleziono tylko na lewym bliznę po pęknięciu pęcherzyka Graaffa, zresztą powierzchnie obu jajników były zupełnie gladkie i bez żadnych zmian. Po wyciśnięciu krwi z jajowodów jamę brzuszną zaszyto. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z wrodzonem zarośnięciem wejścia do pochwy. Następstwem zaś tego było nagromadzenie się krwi w pochwie, macicy i obu jajowodach. Krew, która się tamże nagromadziła, pochodziła tylko z jednej miesiączki, dowód w wywiadach i wyglądzie jajników.

Przypadek III. L. p. 595/23.

R. P., 18-letnia zgłosiła się na Oddział dnia 3. IX. 1923 r. i podała w wywiadach, że dnia 25. VIII. dostała bólów dołem brzucha. Bóle te utrzymywały się przez tydzień, poczem przyłączyła się niemożność oddawania moczu i w tym czasie bóle bardzo silnie się wzmogły. Moczu i obecnie oddawać sama nie może, chociaż bóle się zmniejszyły. Miesiączki, jak również bólów uprzednio opisanych dotychczas nie miała. Stolec zawsze prawidłowy.

Przy badaniu stwierdzono, że wejście do pochwy zamknięte jest grubą błoną dziewiczą, ponad którą znajduje się guz chełboczący, wrzecionowatego kształtu, a wielkości pomarańczy. Guz powstał wskutek nagromadzenia się krwi miesiączkowej w świetle pochwy. Na kopule guza wybadać się daje macicę mniej więcej prawidłowej wielkości i kształtu. Przydatków wybadać nie można.

Zabieg rozpoczęto od strony jamy brzusznej. Po jej otwarciu w linji środkowej, okazało się, że cała sieć oraz częściowo i krezka jelit są ciemno-brązowo podbarwione od krwi, znajdującej się w jamie brzusznej w znacznej ilości. Również narządy rodne wewnętrzne i ich okolica pokryte były nielicznemi bardzo drobnemi skrzepami krwi i tak samo podbarwione. Trzon macicy nieco powiększony. Obustronne jajowody rozdęte, a z ujścia ich pod uciskiem wydobywa się mazista krew, przyczem jajowód lewy, bardziej rozszerzony niż prawy, dochodzi w wązinie do wielkości ołówka. Jajowód ten usunięto, wyciąwszy go klinowato ze ściany macicy. Jajowód prawy mniej zmieniony, bardziej rozdęty w końcu brzusznym, niż domacicznym, pozostawiono, lecz wyciśnięto z niego niezwykle dokładnie i del katnie mazisty, ciemny płyn. Było go w nim około 8—10 kropli.

Powierzchnie jajników pokryte drobnemi skrzepami krwi silnie do nich przylegającemi, nie pozwalały, nawet przy najdokładniejszem oglądaniu, na ocenę ile razy chora jajeczkowała. Równocześnie, jeszcze przy otwartej jamie brzusznej wycięto od dołu okrągły otwór w błonie dziewiczej i brzegi jego obdziergano. Przez otwór ten wydobyła się mazista, płynna masa, w ilości 500 cm^3. Szyja macicy prawidłowa, z ujścia wydobywa się cienkim strumieniem ta sama ciecz. Jamę brzuszną zaszyto. Przebieg pooperacyjny zupełnie bez powikłań.

W tym trzecim przypadku mieliśmy także do czynienia z zarośnięciem pochwy i w następstwie tego z nagromadzeniem się krwi miesiączkowej w pochwie, w macicy, w jajowodach a wreszcie wylaniem się pewnej ilości tej krwi do jamy brzusznej. Najprawdopodobniej (opierając się na wywiadach) przypuścić należy, że chora przebyła dopiero jedną miesiączkę i że podczas tej właśnie miesiączki przyjść musiało do wymienionych wyżej powikłań.

Niestety pewności w danym przypadku na podstawie oglądania jajników nie można było uzyskać i dlatego nie mogę na pewno twierdzić, czy chora przebyła tylko jedną miesiączkę a nie więcej, za czem przemawiałaby duża ilość płynu odpuszczonego w czasie operacji.

Przypadek IV. L. p. 476/23.

S. W., 16-letnia zgłosiła się na Oddział dnia 25. VI. 1923 r. podając w wywiadach, że pierwszy perjod miała w maju b. r. trwał jeden dzień i był bardzo skąpy i bolesny. Następny w 4 tygodnie równie skąpy i bardziej jeszcze niż pierwszy bolesny. Naogół przebyła dotychczas 2 perjody. Ostatni, bardzo bolesny przed tygodniem. Bóle umiejscawiały się głównie po stronie prawej.

Badanie okazało niezwykły obraz chorobowy. Stwierdzono mianowicie co następuje:

Wejście do pochwy przykryte błoną dziewiczą, której otwór przepuszcza swobodnie palec. Tuż za wejściem do pochwy wybadać można po stronie prawej guz twardy, walcowaty dążący wzdłuż ściany pochwy ku górze. Część pochwowa prawidłowa. Sklepienie prawe wygładzone i skrócone. Przy badaniu oburęcznem stwierdzić można na pewno dwie macice. Jedna z nich jest w związku z pochwą drożną, druga z guzem, który nie jest niczem innem jak pochwą drugą, zamkniętą od dołu i wypełnioną krwią, pochodzenia miesiączkowego.

W uśpieniu eterowem przystąpiono do zabiegu i otwarto jamę brzuszną w linji środkowej. W jamie brzusznej znaleziono rzeczywiście dwie wolne zupełnie macice i odchodzące od zewnętrznych ich rogów przydatki. Jajowód lewy był niezmieniony, natomiast prawy rozszerzony dość znacznie i rozdęty a ujście jego brzuszne zamknięte. We wnętrzu jego znajdowała się krew mazista w ilości 1½ naparstka. Ten właśnie jajowód usunięto w całości, wyciąwszy go klinowato ze ściany macicy, poczem jamę brzuszną zaszyto. Równocześnie od dołu w przegrodzie, oddzielającej obie pochwy wycięto obszerne okno, drożne dla 3 palców. Brzegi okna obdziergano pojedynczemi szwami. Z wnętrza guza poprzez wytworzony otwór wylała się znaczna ilość ciemnej, mazistej, zmienionej krwi. Taka sama ciecz znajdowała się w świetle jajowodu. Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń.

W tym przypadku mieliśmy do czynienia z chorą o dwu macicach i dwóch pochwach. Jedna pochwa nie miała połączenia ze światem zewnętrznym a skutkiem tego nagromadziła się w niej i w odpowiadającej jej macicy i jajowodzie krew miesiączkowa, pochodząca z dwóch miesiączek.

Rozpatrując powyższe przypadki z punktu widzenia klinicznego zauważyć musimy, że przedewszystkiem rzuca się w oczy fakt, iż we wszystkich tych czterech przypadkach mieliśmy do czynienia z nagromadzeniem się charakterystycznej cieczy, mazistej, ciemnej, przypominającej wejrzeniem i konsystencją smółkę, nietylko we wnętrzu pochwy i macicy ale także i w jajowodach, a w jednym nawet przypadku i w jamie otrzewnowej i to bez względu na to ile chora przebyła miesiączek.

I tak w pierwszym i czwartym przypadku po dwóch w drugim i trzecim już po jednej miesiączce znaleziono krew w jajowodach.

Spostrzeżenie dotyczące drugiego i trzeciego przypadku które znajduje poparcie i w odnośnem piśmiennictwie (Erdmann) posiada dla sprawy postępowania w omawianym schorzeniu, zdaniem moim, doniosłe znaczenie. Okaże się to z treści poniżej przytoczonych wniosków, do których dochodzę częściowo na podstawie moich własnych spostrzeżeń klinicznych, a częściowo na podstawie odnośnego piśmiennictwa.

Przedewszystkiem stwierdzam, że do nagromadzenia się krwi w jajowodach przy zarośnięciach dolnych odcinków narządów rodnych kobiety, przychodzi o wiele częściej niżby się to na pozór wydawać mogło. Dalej, że do nagromadzenia się krwi w jajowodach nawet przy niskich zarośnięciach pochwy dojść może *już przy pierwszej miesiączce*.

Są to wnioski, które, o ile uznamy je za słuszne, prowadzić muszą do dalszych. Te zaś dla postępowania w omawianych razach nie są obojętne, zwłaszcza, że musimy przyjąć co wielokrotnie ponad wszelką wątpliwość stwierdzono, iż:

pozostawienie krwi w jajowodach może stać się przyczyną, jeżeli już nie śmierci chorej, to w każdym razie niebezpiecznego dla niej i długotrwałego powikłania chorobowego, pociągającego za sobą nieobojętne dla niej następstwa.

Również zdaniem mojem, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że stwierdzana niejednokrotnie niepłodność (na ten szczegół zaś, jako dotychczas mało brany w rachubę, a zdaniem moim niezmiernie ważny, szczególniejszą zwracam uwagę) u kobiet, u których nie otwierano jamy brzusznej po usunięciu krwi z pochwy i macicy, celem usunięcia jej z jajowodów, wywołana jest właśnie zmianami zaszłemi w jajowodach na skutek pozostawienia w nich krwi.

Te to wywody wziąwszy pod uwagę pozwalam sobie twierdzić, iż usunięcie krwi z jajowodów w każdym razie jest bezwzględnie wskazane. Aby zaś być pewnym żeśmy w żadnym przypadku tego nie zaniedbali doradzam:

1. Otwarcie jamy brzusznej w każdym bezwzględnie przypadku zarośnięć narządów rodnych, nawet zarośnięć niskich, skoro tylko gromadzenie się krwi już się rozpoczęło, i to nie licząc się z tem, czy z wywiadów lub badania nabraliśmy przekonania, że krew znajduje się już także w jajowodach.

2. Oglądnięcie dokładne jajowodów i usunięcie z nich krwi, lub nawet w przypadkach dalej posuniętych zmian, usunięcie samych jajowodów.

Otwarcie jamy brzusznej doradzam tem śmielej, bo pominąwszy już poprzednie wywody, uważam:

1. zabieg ten za o wiele mniej niebezpieczny, choćby nawet niejednokrotnie niepotrzebnie tu i ówdzie wykonany, aniżeli pozostawienie krwi w jajowodach.

2. bo twierdzę stanowczo, że nawet najwprawniejszy w badaniu lekarz chorób kobiecych nie jest w stanie stwierdzić przy badaniu oburęcznem, nawet w głębokiem uśpieniu chorej, początkowych okresów gromadzenia się krwi w jajowodach, t. zn. okresów tych, gdzie w świetle jajowodów znajduje się zaledwo kilka kropli mazistej cieczy, która pod żadnym względem ani objętości ani napięcia, ani konsystencji jajowodu nie zmienia, bo zmienić nie jest w mocy.

O ile, jak to z powyższych wywodów wynika w postępowaniu moim byłem do chwili otwarcia jamy brzusznej bardzo radykalny, o tyle z chwilą otwarcia jamy brzusznej uważam za polecenia godne postępowanie jak najdalej zachowawcze, a więc:

1. O ile stwierdzimy, że w jajowodach krwi niema i reszta narządu rodnego jest prawidłowa, należy jamę brzuszną natychmiast z powrotem zaszyć.

2. W razie znalezienia krwi w jajowodach w małej ilości, przy nieznacznem wzdęciu ścian i powiększeniu średnicy jajowodu, należy krew ze światła jajowodów delikatnie i ostrożnie najlepiej palcami wycisnąć, posuwając się od strony macicy do ujścia dobrzusznego jajowodu.

3. W razie daleko posuniętych zmian w jajowodach, należy albo jajowody usunąć, albo, co niektórzy autorowie polecają, wyciąć okienko w ścianie jajowodu i krew wycisnąć, To ostatnie postępowanie, zdaniem mojem, może znaleźć zastosowanie tylko w przypadkach zmian niedaleko posuniętych, zmian jednakowoż, w których już przyszło do zamknięcia dobrzusznego ujścia jajowodu.

Co się tyczy kolejności zabiegów, to znaczy, czy najpierw otwierać jamę brzuszną a potem usuwać zarośnięcie lub też odwrotnie, to ja osobiście uważam, że najlepiej jest wykonać oba te zabiegi równocześnie. (Do zabiegu zatem potrzeba dwóch operatorów działających o s o b n o ale w s p ó ł c z e ś n i e na obu polach operacyjnych). O ile zaś jest to niemożliwe do osiągnięcia, to sądzę, może wbrew opinji wielu innych autorów, że należy najsamprzód usunąć zarośnięcie, a potem dopiero jamę brzuszną otworzyć. Przeciwna bowiem kolejność kryje w sobie niebezpieczeństwo nowego napłynięcia krwi z macicy do jajowodów w czasie wykonywania drugiego zabiegu. Że zaś taka sprawa przytrafić się może to łatwo wywnioskować, jeżeli się wie, że już ciśnienie 40 mm rtęci wystarcza, by wpędzić, czy to gaz czy to płyn z wnętrza macicy do światła jajowodów.

Niebezpieczeństwo to mojem zdaniem jest groźniejsze niż obawa zakażenia jamy otrzewnowej przy operowaniu poprzedniem w okolicy sromu, lub obawa krwotoku z przerwanego zrostu po obniżeniu się macicy w chwili wypuszczenia płynu. Groźniejsze jest ono o tyle, że o ile tamtym obom możemy zapobiec przez odpowiednie wyjałowienie rąk i narzędzi, względnie szybkie otwarcie jamy brzusznej, o tyle dostaniu się powtórnemu krwi do światła jajowodu, po jej z nich wyciśnięciu zapobiec możemy li tylko przez wypuszczenie krwi miesiączkowej po usunięciu zarośnięcia.

Na tem kończę tych kilka uwag o postępowaniu przy nagromadzeniu się krwi we wnętrzu narządów rodnych na skutek zarośnięcia pochwy, uwag o tyle dziwnych może, że bardziej radykalnych niż poglądy ogólnie dotychczas wypowiadane. Uwagi te jednak są wynikiem moich badań klinicznych i oparte są na odnośnem piśmiennictwie, jak to już wspomniałem, oraz znajdują one swoje poparcie w badaniach nowoczesnych nad ciśnieniem potrzebnem do przepchnięcia ciał lotnych i płynnych z wnętrza macicy do światła trąbki. Sądzę, że postępowanie powyżej podane uchroni cały szereg odnośnych chorych przed ciężkiem schorzeniem lub niepłodnością, jako niepotrzebnem powikłaniem pierwotnego cierpienia.

Dr. Tadeusz WĄSOWSKI, asyst. klin. Wilno.

Dwa przypadki ropnia zimnego języka.

Z Kliniki otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Kierownik: Prof. Dr. J. S z m u r ł o.

Gruźlica języka należy do cierpień stosunkowo rzadko spostrzeganych i traktowana jest zwykle jako cierpienie wtórne przy istniejących zmianach swoistych w płucach lub innych narządach wewnętrznych.

W gruźliczem schorzeniu języka spotykamy najczęściej formę naciekową o tkance twardej, przypominającej nowotworową, lub formę wrzodziejącą (B e r g m a n n, K ü t t n e r, M a a s). A u g u y uważa za częstszą formę wrzodziejącą, przyczem owrzodzenia mogą być pojedyncze lub mnogie.

H a n d f i e l d, opierając się na piśmiennictwie i na własnych pięciu przypadkach gruźlicy języka, przychodzi do wniosku, że istnieje siedm różnych form tego cierpienia: forma prosówkowa, tuberculoma, ropień zimny, owrzodzenie, pęknięcie *(fissurc)*, forma brodawkowa, toczeń.

B l a m o n t i e r obserwował pięć przypadków gruźlicy języka w postaci umiejscowionych na grzbiecie języka różowych, nietwardych, bezbolesnych kosmków, otoczonych rowkiem, przyczem przejścia w owrzodzenie nie spostrzegał.

Pojedyncze opisy ropni zimnych języka spotykamy od czasu do czasu zarówno w piśmiennictwie chirurgicznem, jak i laryngologicznem. A. F r ä n k e l spostrzegał przypadek pojedynczego ropnia zimnego języka. Podobne spostrzeżenie podaje również F a n t o z z i. L e n o r m a n t w podręczniku swym p. t. »*Précis de pathologie chirurgicale*« podaje, iż od czasu spostrzeżeń F o n o i G o s s e l i n'a obserwowano zaledwie ze dwadzieścia przypadków ropni zimnych języka.

Stąd widać, że ropnie opadowe języka należą do spraw stosunkowo rzadkich, i z tego powodu pozwoliłem sobie podać opis dwóch przypadków tego cierpienia leczonych prawie jednocześnie w klinice otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

Przypadek I.

Chory B. A., lat 47, krawiec, przybył do Kliniki 16. IV. 1924 r. ze skargami na dokuczający mu od czterech miesięcy niebolesny guz języka.

Dawniej często cierpiał na »wrzody w gardle«. Przed 10 laty chorował na zapalenie płuc. Wenerycznych chorób nie przechodził. Żonaty, miał 9 dzieci, z których żyje 4, w jednym przypadku śmierci przyczyną była gruźlica płuc.

Stan obecny: budowa prawidłowa, odżywienie mierne; śluzówki blade. Płuca — stłumienie wypuku, wydech wydłużony, rzężenia drobne nad obu szczytami. Serce, narządy jamy brzusznej bez zmian. Ciepłota 36,6°—37,5°, tętno 82—90, miarowe.

Na języku w linji środkowej bliżej podstawy widać guzek wielkości orzecha laskowego o powierzchni nierównej z niewielkiem wgłębieniem pośrodku, przechodzący stopniowo w otaczającą tkankę; guzek dość twardy, niebolesny na ucisk. Prawa połowa języka bliżej podstawy nacieczona, obrzękła, bolesna przy dotyku, wyczuwa się chełbotanie. Ruchy języka nieco ograniczone.

Jama ustna i gardło bez zmian.

Krtań: na tylnej ścianie maleńkie zgrubienia; naciek bardzo niewielki, blady, okrągły, widać również i na tylnej ścianie tchawicy. W przednim kącie krtani widać guzek wielkości ziarnka grochu o barwie jasno-różowej, czasem chowający się pod strunami.

Gruczoły szyjne nieco powiększone.

Nakłucie guzowatości chełboczącej zajmującej prawą tylną połowę języka dało ropę, której badanie drobnowidowe nie wykazało obecności żadnych drobnoustrojów ropotwórczych. Również posiew okazał się jałowym.

Badanie histologiczne kawałka wyciętej z guza centralnej części języka tkanki wykazało: pod mocno zgrubiałym nabłonkiem, którego wierzchnia warstwa uległa zrogowaceniu, znajdujemy pośród tkanki podśluzowej, jak również pośród warstwy mięśniowej liczne gruzełki z komórkami nabłonkowatemi i olbrzymiemi komórkami typu Langerhau'sa, oraz z szerokim pasem drobnokomórkowego nacieczenia. Laseczników gruźlicy nie wykryto.

L e c z e n i e. Nacieczenie na języku w postaci guzka gruźliczego ścięto i następnie galwanokaustycznie wypalono. ropień zaś opróżniono zapomocą nakłucia, poczem zastrzyknięto do jamy $1^{0}/_{0}$-owy rozczyn Lugola. Prócz tego choremu zastosowano codziennie ogólne naświetlania lampą kwarcową.

Ponieważ jednak kilkakrotne zastrzyknięcia płynu Lugola po każdorazowem, dwa razy na tydzień powtarzanem, wyciąganiu zawartości ropnej nie dawały pożądanego wyniku, wycięto i wyskrobano ściany ropnia i ranę zaszyto (prof. Szmurło). W ciągu dwóch tygodni nastąpiło zagojenie, obrzmienie znikło.

Przypadek II.

Chora G. M., 43 lat, żydówka od 2 lat cierpi na częste bóle gardła, utrudniające nawet jedzenie; czasem bywa chrypka Przed dwoma laty na górnej powierzchni języka powstał ropień, który kilkakrotnie nabierał i pękał. W następstwie pozostało w tem miejscu stwardnienie Przed pół rokiem znów zjawił się na środku górnej powierzchni języka guz miękki, mało bolesny, który istnieje do chwili obecnej. Przed 18 laty chora przechodziła tyfus, w roku 1907 po porodzie zapalenie otrzewnej. Ojciec i rodzeństwo zdrowe, matka cierpiała na astmę.

Stan obecny: chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia miernego; skóra i śluzówki blade. Ciepłota 36,8°—37,1°; tętno 64—70.

Płuca: przytłumienie wypuku nad obu szczytami, nad lewym szczytem wydech wydłużony o charakterze oskrzelowym, oraz nieliczne rzężenia drobnobańkowe. Serce, narządy jamy brzusznej bez zmian. Usta, nos — bez zmian. Na języku w linji środkowej powierzchni grzbietowej guz miękki, ograniczony, mało bolesny, bez widocznych owrzodzeń, chełboczący nieznacznie. Na tylnej ścianie krtani małe zgrubienie.

Nakłucie guza języka dało ropę, zawierającą wielką ilość limfocytów lecz jałową (posiew). Laseczników gruźlicy nie znaleziono.

2. V. usunięto ściany ropnia drogą operacyjną (prof. Szmurło). Szwy. — Po 11 dniach wygojenie *per primam*

Badanie histologiczne tkanki wyciętej dało obraz nacieczenia drobnokomórkowego, przy znikomej ilości naczyń krwionośnych. Komórek nabłonkowych i olbrzymich nie znaleziono.

Badanie szczegółowe obu przypadków pozwala nam rozpoznać tak w jednym, jak i w drugim ropień zimny opadowy języka. W przypadku pierwszym ujemny wynik badania bakterjologicznego przy typowym dla tkanki gruźliczej obrazie histologicznym, zmianach swoistych w krtani i płucach przemawia stanowczo za rozpoznaniem. Co do przypadku drugiego, to długi okres, bo przeszło dwuletni, trwania ropnia, kilkakrotnie samoistnie się opróżniającego przy zmianach wyraźnych w wierzchołkach płuc, oraz jałowość ropy każą nam z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, że mamy do czynienia z ropniem gruźliczym.

Obecność tak w pierwszym, jak i w drugim przypadku zmian w płucach uprawnia nas do uważania tych ropni języka za proces wtórny, powstały przez przeniesienie zarazków gruźliczych z pierwotnego ogniska w płucach drogą naczyń krwionośnych. S i n i b a l d i, F a n t o z z i wspominają o pierwotnych ropniach zimnych języka, lecz przypadki te zaliczane są do nadzwyczaj rzadkich mimo, iż język położony jest na drodze infenkcji.

Piśmiennictwo.

1) F a n t o z z i G i u s e p p e. Sulla tuberculosi della lingua. (Policlinico, ser. chirurg. Rome 1923). — 2) R. M. H a n d f i e l d J o n e s. Affections tuberculeuses de la langue. (The Lancet vol. CCIV. 1923.) (str. Journal de chir. XXI. . — 3) B l a m o n t i e r P i é r r e. La tuberculose papillomateuse de la langue.) (Clin. dermat de la fac. Hop. Saint-Louis. Paris). (str. Zentralorg. für d. g. chir. XX. 1923). 4) L e n o r m a n t. Précis de pathologie chirurgicale. T. II. — 5) S i n i b a l d i (cyt. wedł. Lenormant) — 6) A u g u y. (cyt. wedl. Lenormant). — 7) S z m u r ł o. Gruźlica krtani, gardła i nosa. (wyd. Gazety Lek. 1918). — 8) A. F r ä n k e l. (cyt. wedł. Grünwald'a) — 9) K ü t t n e r. Die Chirurgie der Mundhöhle. (Handb d. prakt. Chir. 1. B.).

Z praktyki.

Dr. Ludwik FLECK. Lwów.

Sporadyczny przypadek czerwonki na tle odmieńca pospolitego.

Z oddziału wew. II. Państw. Szpitala powszech. we Lwowie. Prymarjusz: Dr. Witold Z i e m b i c k i.

Dnia 28 maja 1923 przyjęto na oddział wew. II. chorą S. S. (Hist. choroby L. 978/23), która podała, że przed rokiem przebyła dur brzuszny, w jakiś czas potem miała żółtaczkę, od kilku zaś miesięcy cierpi na bóle w okolicy woreczka żółciowego, po jedzeniu silniejsze, bez żadnego promieniowania.

Stan ogólny dobry, bezgorączkowy. Żółtaczki brak, stolec zaparty. Woreczek niewyczuwalny. Już w szpitalu wystąpiły dreszcze i gorączka przepuszczająca, dochodząca do 40° C. Bóle promieniujące do krzyżów i łopatki, wymioty. Ciałek białych 6000, wśród nich limfocytów $27^{0}/_{0}$.

Badanie moczu, treści żołądkowej, prześwietlenie przewodu pokarmowego, badanie ginekologiczne nie wykazało niczego patologicznego. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny.

Dnia 18. VI. pojawiła się poraz pierwszy świeża krew w stolcu. Gorączka nieregularna: 1—2 dni podgorączkowe, potem nasilenie do 39,5° i t. d. Stan ogólny dobry, chora przytomna, bolów głowy ani kończyn niema.

Codziennie liczne, wolne, śluzowo-krwawe wypróżnienia, wśród silnego parcia na stolec. Bolesność w przebiegu esicy. Obraz przypomina więc w zupełności czerwonkę.

Rektoskopja: Kilka krwawiących wrzodów w kiszce stolcowej. Posiew materjału pobranego wprost z wrzodów:

Ty. abd. —
Paratyf. A i B. —
Dysenteria i pseudodysenteria —
Proteus vulgaris +.

Badanie na obecność prątków Kocha ujemne. Badanie skrawków na bujanie nowotworowe ujemne.

Od 23. VI. gorączka ustępuje.

1. VII. Widal we krwi: $^{1}/_{250}$++, $^{1}/_{500}$ —
7. VII. « « « $^{1}/_{250}$++, $^{1}/_{500}$ +.

Krwawa biegunka i parcie trwają dalej, ze stolca daje się każdorazowo wyhodować odmieniec pospolity.

Około 15. VII. biegunka słabnie, powtórna rektoskopja wykazuje: liczne płytkie wrzody otoczone wybroczynami, pokryte częściowo włóknikowym nalotem. Niektóre wrzody w okresie gojenia zacieśniają światło jelita.

Około 27 VII. stolec bardziej sformowany, bez krwi. Odmieniec nie daje się wykazać. Widal $^{1}/_{250}$ +. Odtąd powrót do zdrowia. Dnia 6. VIII. chora opuszcza szpital; Widal w dniu odejścia 1 : 100 ślad aglutynacji.

W przypadku tym następujące szczegóły zasługują na uwagę:

1) Po durze brzusznym długotrwałe bóle w okolicy woreczka żółciowego, żółtaczka. Gorączkowe zaostrzenie stanu z wysokiem mianem odczynu Widala, jednakowoż bez prątków Ebertha we krwi i stolcu. Wysokie miano Widala osiągnęło szczyt 10 dni po ustaniu gorączki.

2) Po tem zaostrzeniu krwawa biegunka ze stałą obecnością odmieńca w stolcu.

Odmieniec ten hodowlano i aglutynacyjnie odpowiadał typowi *proteus vulgaris*, ze surowicą Weilowską nie aglutynował, ze surowicą chorej aglutynował na szczycie choroby w rozcieńczeniu 1 : 120 prawie zupełnie.

We krwi ani w moczu nie można go było wykazać.

Czy okres gorączkowy był wynikiem świeżego zakażenia durem brzusznym, czy zapaleniem woreczka na tle

prątków Ebertha u osoby, która dur miała przebyć przed rokiem, czy wreszcie nie miał żadnego związku z zakażeniem durowem, rozstrzygnąć trudno. Przeciw zakażeniu durowemu przemawiałby brak prątków durowych we krwi i w stolcu. Odczyn Widala mógłby być nieswoistem, gorączkowem wzmożeniem miana u osoby, która przechodziła dur przed rokiem. Jednak mała ilość leukocytów, dość znaczna limfocytoza względna i wysokość miana aglutynacyjnego, które wzmogło się jeszcze po spadku temperatury, a spadało po chorobie dość wolno — to przemawiałoby raczej za zakażeniem durowem świeżem lub przewlekłem (woreczek żółciowy).

Co do odmieńca, to rola jego, jako sprawcy objawów czerwonkowych, jest znaną (Hauser, Kolle, Schlossberger i inni).

Według Sierakowskiego, tworzy odmieniec powikłanie czerwonki, pogarszające znacznie rokowanie. Czynnikiem usposabiającym dla wkroczenia i rozwoju odmieńca mogłoby w przypadku naszym być schorzenie durowe świeże lub dawniejsze.

Podobny przypadek opisują E. Weiser i H. Adler, którzy spostrzegali posocznicę odmieńcową pod koniec duru brzusznego. Zarazek znajdował się w przypadku tym w stolcu, ze krwi nie wyhodowano go. Niemniej jednak, z powodu wysokiego miana aglutynacyjnego 1 : 20,000 i gruboziarnistej aglutynacji typowej dla receptora H, uważają go autorowie za czynnik etjologiczny. Schorzenie miejscowe na tle odmieńca daje według nich niskie miano drobnoziarnistej aglutynacji (receptor 0), co w naszym przypadku zachodziło.

Piśmiennictwo.

1) Sierakowski: O powikłaniu czerwonki odmieńcem (Przegl. Epid. 1920, I. 2.. — 2) E. Weiser und H. Adler: Zur Klinik der Proteusinfektionen (Wiener Archiv. 1923, B. VIII., Heft 1.).

Sprawozdania poglądowe.

S. STERLING. Łódź.

Klasyfikacja gruźlicy.

Klasyfikacja anatomiczna. Szkoła fryburska, Aschoffa, za cegiełkę wszystkich spotykanych w przebiegu suchot płucnych, guzków gruźliczych uważa sprawę swoistą powstającą w gronku płucnem. Zależnie od charakteru wytwórczego, czy też wysiękowego odczynu obronnego, powstającego w gronku (acinus) — mówi o gruźlicy guzkowej wytwórczej lub o gruźlicy guzkowej wysiękowej. Podział Aschoffa, starający się połączyć patogenezę szerzenia się zarazków z charakterem histologicznym zmian, mieści się w następującej klasyfikacji.

I. *Tuberculosis haematogenes* (A. mówi wszędzie: Phtisis; bo lasecznika Kocha nazywa: bacillus phtisicus, co jednak nie zostało przez ogół badaczy aprobowane):

1) Disseminatio haemat. (Tub. miliaris);
2) Tubercul. haematog. circumscripta.

Obie postaci mogą powstawać śródmiąższowo (interstit.) lub śródgronkowo (jako sprawa wytwórcza lub wysiękowa).

II. *Tuberculosis lymphogenes* — Lymphangitis tuberculosa.

III. *Tuberculosis bronchogenes:*

1) Productiva: *a)* Cirrhotica
b) Nodosa
c) Acinoso — productiva.
2) Exsudativa: *a)* Aci oso-exsudativa
b) Exsudativa lobularis
c) Exsudativa lobaris.
3) Bronchitis tuberculosa

Uwzględnienie sposobu szerzenia się zarazka w podziale powyższym powstało pod wpływem nowych poglądów, jakie do nauki o gruźlicy wprowadził Ranke.

Klasyfikacja biologiczno-kliniczna Rankego. Już od dawna, zarówno klinika, jak i patologja odróżniały w przebiegu zakażenia gruźliczego dwie bardzo różne postaci: gruźlicę dziecięcą i gruźlicę ludzi dorosłych. Pierwszą wyróżniały: umiejscowienie zmian gruźliczych nie dające się ująć w żadne prawidło; znakomity udział gruczołów i wielka skłonność do rozsiania. Drugą — umiejscowienie prawie stałe ognisk — pierwszych w szczytach płucnych; ograniczenie zmian swoistych do samych płuc; mały lub żaden udział gruczołów; wyjątkowo tylko rozsianie.

Te spostrzeżenia ujął Ranke w pewną klasyfikację, opartą na uzależnieniu zmian anatomicznych i sposobu szerzenia się zarazków od stanu biologicznego, wyrażonego w natężeniu i przebiegu allergji swoistej. Do dwu wspomnianych typów przebiegu gruźlicy, dodał trzeci, dzieląc gruźlicę dziecięcą na dwa poddziały.

Ranke odróżnia trzy następujące obrazy główne przebiegu gruźlicy (przebiegu, trwającego całe życie człowieka, który uległ zarażeniu). I. Okres wrzodu pierwotnego. II. Okres allergji, czyli anafilaktyczny. III. Okres odporności względnej, okres suchot płucnych pospolitych. (Phtisis isolata). Ponieważ, jak zawsze, sprawy biologiczne nie dają się wszystkie ułożyć w grupy szczelnie od siebie odgrodzone, więc i tu wypada uczynić pewne ustępstwa (Aschoff) — dla postaci mieszanych i dla postaci, które nie odpowiadają kolejności czasu w schemacie trzech okresów Rankego. Dla tego Aschoff mówi o siedmiu postaciach następujących:

1) *Postać wrzodu pierwotnego;* okres tworzącej się allergji. Właściwy jest wczesnemu dzieciństwu, dzieciom krajów ucywilizowanych, gdzie już w najwcześniejszem dzieciństwie istnieje możność zetknięcia się z lasecznikiem Kocha. Jeśli jednak zarażenie następuje późno, natenczas w ustroju człowieka dorosłego mamy ten przebieg, jaki spostrzegamy przy wrzodzie pierwotnym u najmłodszych dzieci.

Zmiany okresu pierwszego nazywa Ranke: *Complexus primarius.* Są one najczęściej umiejscowione w płucach (nie w wierzchołkach), ale mogą powstać i w innym narządzie, jakkolwiek bardzo rzadko.

2) *Postać anafilaktyczna* Okres *tuberculoseos generalisatae.* Właściwa dzieciom od 1 do 7 roku życia. Natężenie objawów zmniejsza się stopniowo począwszy od trzeciego roku życia, a szybko — od 8 do 15 roku życia.

3) *Phtisis isolata praematura:* od 8 roku życia do czasu pokwitania płciowego. Wymieniona pod punktem piątym postać zmian i przebiegu gruźlicy płucnej, właściwa ustrojowi dojrzałemu, może czasem przejawić się wcześniej. Mamy wtedy rzadką przedwczesną, postać: suchot płucnych rozpadowych u dzieci.

4) *Tuberculosis pubertatis.* Nie wszyscy chorzy przebywają - kolejno — wszystkie trzy główne okresy Rankego. Nie mówiąc już o tem, że wszystek skutek zarażenia może się ograniczyć do okresu jedynie pierwszego, który doprowadza do zgonu albo — o wiele częściej — do bezpowrotnego zamarcia ogniska chorobowego; bywają przypadki, kiedy po okresie pierwszym następuje wprost okres trzeci, nie poprzedzony okresem tworzenia się mocnej allergji, okresem anafilaktycznym. Tak się stać może w czasie pokwitania płciowego. Ta postać nosi często cechy kliniczne t. zw. suchot galopujących.

5) *Phtisis isolata* — trzeci typ zasadniczy, okres objawów znanych jako suchoty płuc pospolite.

6) *Tuberculosis generalisata serotina.* Zmiany, opisane jako punkt drugi, występujące późno, po przebyciu czasu pokwitania płciowego.

7) *Phtisis senectutis* — suchoty starców, generalizacji bez objawów mocnej, jak w punkcie drugim, allergji.

Trzem głównym typom przebiegu gruźlicy odpowiadają — na ogół — trzy typy szerzenia się zarazków w ustroju: w okresie wrzodu pierwotnego zarazek szerzy się przeważnie przez drogi chłonne; w okresie anafilaktycznym drogami i krwi i chłonki; w okresie suchot pospolitych — drogą oskrzeli, kiszek, kanałów moczowych. Ten moment uwzględnił Aschoff w wyżej podanej klasyfikacji anatomiczno-patogenetycznej.

W okresie drugim ma działać ten sam zarazek, który wywołał affectionem primariam, w okresie trzecim — zarazek z superinfekcji.

Budowę wrzodu pierwotnego w płucach spostrzegł i opisał w rozprawie doktorskiej pierwszy Küss — alzatczyk

później Ghon z Pragi, ale utrwalił jego znaczenie w nauce o gruźlicy — Ranke z Monachjum.

Affectus primarius, pierwsze w ustroju ognisko gruźlicze, jest bardzo różnie umiejscowione w płucach; ma natomiast bardzo stałą budowę. Jest to małe, gronkowe, ognisko wysiękowe, szybko serowaciejące. Ma jednak niezmiernie wybitną tendencję do gojenia się. Sprawa wysiękowa szybko przycicha, wkoło ogniska gronkowego wyłania się tkanka gruzełkowa, szybko przeistaczająca się w tkankę bliznowatą swoistą; współcześnie zaś tkanka jądra, zserowaciała, wapnieje lub kostnieje. Sprawa gruźlicza — drogami chłonnemi — szerzy się na najbliższe gruczoły chłonne, które też ulegają zwapnieniu, skredowceniu. W wyniku: ognisko wielkości prosa aż do grochu, twarde, otoczone tkanką płucną zupełnie niezmienioną — *Complexus primarius*.

Jeśli wrzód pierwotny, *affectus* — nie zagoi się (zejście o wiele rzadsze), natenczas wrzodzieje, daje jamy; zajęte gruźlicą gruczoły serowacieją, a zarazek szerzy się, zajmując coraz dalsze obszary chłonne, prowadząc wreszcie do rozmiękczenia i przebicia się ognisk do oskrzeli i krwi — więc do *tuberculosis generalisata*, osiągającej najwyższego wyrazu w postaci septycznej gruźlicy.

W okresie drugim, w okresie *anafilaktycznym* współcześnie z wielką skłonnością do rozsiewania laseczników drogą krwi i chłonki — mamy najwyższy stopień natężenia odporności swoistej. Rozsiany zarazek wywołuje wprawdzie ogniska o wielkiej skłonności do odczynu wysiękowego, wywołuje czasem powstanie obrazu klinicznego gruźlicy ogólnej, ale najczęściej powoduje powstawanie w różnych okolicach i narządach ognisk, wywołanych przez osiedlenie się nielicznych laseczników, z któremi ustrój daje sobie radę. Różnica w zejściu zależy od rozmiaru i ilości ognisk: pojedynczy gruzełek w obu np. da przewlekłą sprawę miejscową, kończącą się łagodnie, liczne rozrzucone ogniska sprawę toksyczną, złośliwą.

Jest to okres nasilenia walki między ustrojem a lasecznikiem, okres wielkich bitew, zakończonych albo zwycięstwem, względnem, ustroju, albo zwycięstwem ostatecznem lasecznika i zgonem ustroju. W przeciwieństwie do tego charakteru walki w okresie trzecim mamy obraz walki pozycyjnej, niezdecydowaną przewagę raz po jednej, to znów po stronie drugiej.

W okresie drugim mamy objawy kliniczne gruźlicy stawów, kości, gruczołów, błon śluzowych, skóry, oka i t. p.; są to schorzenia przewlekłe, kończące się przeważnie wygojeniem, a w każdym razie niezwykle rzadko kończące się zgonem; moment mechaniczny w przebiegu najłagodniejszej nawet postaci grozi przebiciem się ogniska do krwi — co, zresztą, wcale nie zawsze pociąga za sobą gruźlicę rozsianą takiego stopnia, by choroba na gorsze tory zejść musiała; ilość wysianego materjału zakaźnego i stan odporności swoistej w chwili przebicia są warunkami, które decydują o skutkach inwazji laseczników do krwi. W stosunku do liczby dzieci przechodzących ten drugi okres rozwoju gruźlicy — liczba zejść śmiertelnych jest mała, nawet w okresie przedszkolnym, a jeszcze o wiele niższa — w wieku szkolnym; ostra gruźlica zdarza się, ale jest wypadkiem rzadkim.

Okres trzeci. *Tuberculosis isolata*, odpowiada temu co od wieków nazywano suchotami, *Phtisis pulmonum communis*. Nowe ujęcie histogenezy i immunologji tego schorzenia najwyraźniej bije z następującego ustępu u Aschoffa (Ueber die natürlichen Heilungsvorgänge bei der Lungenphtisis 1922), »Znamy częstość wyleczonych ognisk gruźliczych w ustroju człowieka dorosłego. Co oznaczają te cyfry! Tyle co nic, jeśli nie wiemy, czy jest tu mowa o zagojonych owrzodzeniach pierwotnych, czy o sprawach gruźliczych wywołanych przez reinfekcję«. To zdanie podkreśla wyleczalność z reguły owrzodzenia pierwotnego, zależnego od wtargnięcia do ustroju lasecznika gruźlicy poraz pierwszy (wyjątek stanowią głównie oseski) i o wiele rzadszą wyleczalność ognisk gruźliczych płucnych w okresie tuberculosis isolata, suchot płucnych, zależnych od zakażenia dodatkowego, bądź z zewnątrz pochodzącego, bądź — skutku samozakażenia przerzutowego. (Dodam od siebie, że tu znów jest przykład, jak właściwem jest odróżnianie terminu: tuberculosis od terminu: phtisis. W okresie trzecim i tylko w trzecim powinna być mowa o »suchotach«, a nie o gruźlicy płuc — jako postaci nozologicznej. Miano: gruźlica odpowiada potrzebie określania zmian w tkankach i sokach, zmian zależnych od lasecznika gruźlicy, i tym stanom chorobowym które Ranke zalicza do okresów pierwszego i drugiego).

Powstająca pod wpływem zarażenia dodatkowego gruźlica w płucach przebiega w wieku dojrzałości przewlekle, dzięki istniejącej — po przebytych dwu okresach poprzednich, lub przebytemu w dzieciństwie pierwszemu jedynie okresowi — względnej odporności swoistej. Cechy charakterystyczne zmian gruźliczych w tym okresie widzimy w tem, że sprawa swoista zaczyna się przeważnie w szczytach, że nie ma tak wielkiej, jak affectus primarius, skłonności do zwapnienia, że do zmian gronkowych przyłączają się zmiany w oskrzelach. Ważną cechą jest mały udział sąsiadujących z ogniskiem gruczołów; ognisko świeże — tuberculosis acinoso-productiva — jest otoczone pasem zapalenia obwodowego, który ulega wessaniu lub — rzadziej — staje się podłożem powstania nowych ognisk. W bliźnie zagojonego ogniska znajdujemy oskrzelą rozszerzone (ectasiae) i końce oskrzeli zakończone na głucho przez kolbowate rozszerzenia; tkanka niezmieniona gruźliczo, a objęta kurczącą się blizną, ulega bądź rozedmie obocznej bądź niedodmie.

Miano »isolata« ma znaczyć, że brak w tym okresie z reguły skłonności do rozsiewania zarazka na dalekie odległości; sprawa chorobowa szerzy się per continuitatem bądź też drogą kanałów naturalnych: oskrzeli, połyku, dróg moczowych. Tylko wyjątkowo zdarzają się i zdarza się sub finem vitae) przerzuty zarazka drogą krwi i chłonki.

Jak wspomniałem, dwa pierwsze okresy uzależnia Aschoff od zarażenia pierwotnego (infectio), okres trzeci — od zarażenia wtórnego (superinfectio).

Układ Rankego odpowiada potrzebie dawno odczuwanej. Istniała dotąd nauka o różnych zmianach anatomicznych swoistych dla zarażenia gruźliczego, swoistych dla różnych postaci i okresów choroby; mówiliśmy też o różnem natężeniu zmian humoralnych swoistych dla zarażenia gruźliczego. Fakty i opisy obu kategorji zjawisk biegły dotąd równolegle, współrzędnie, a niezależnie; Ranke wysunął hipotezę łączącą grupy faktów, hipotezę nie wyczerpującą zagadnienia, ale zbliżającą nas do zrozumienia łączności w zmianach tkankowych i sokowych.

K l a s y f i k a c j a k l i n i c z n a. W poszukiwaniu doskonalszych podstaw klasyfikowania suchot płucnych skorzystano skwapliwie z klasyfikacji anatomo-patologicznej, wprowadzając i do klasyfikacji klinicznej postaci gronkowe: wytwórczą i wysiękową.

Rzecz charakterystyczna, Aschoff (l. c.) nie przemawiał wcale za zużytkowaniem tych postaci i terminów w klinice (»czy klinicysta potrafi rozpoznać ogniska gronkowe i czy wprowadzi też do swego wyrazownictwa te najmniejsze wytwory ogniskowe — musi być pozostawione jego własnemu uznaniu«), a nawet był temu przeciwny (...w klinice należałoby unikać używania terminu gruźlica... »guzkowa«).

Z kilku klasyfikacji, korzystających z tej terminologji, przytoczę najnowszą, U l r i c i e g o, która uzyskała wielu zwolenników. Ulrici mówi o czterech typach przebiegu klinicznego suchot płucnych. I. Gruźlica wytwórcza gronkowo-guzkowa (Tuber. productiva acinoso-nodosa). II. Suchoty włókniste (Phtisis cirrhotica). III. Gruźlica zrazikowa wysiękowo-serowata (Tubercul. lobularis exsudativo-caseosa). IV. Zapalenie płuc zrazowe serowate (Pneumonia lobaris caseosa).

Momentem klasyfikacyjnym w klinice nowym jest postać pierwsza. I tu właśnie zachodzi pytanie, czy nasze metody badania klinicznego dają możność określenia zmian anatomicznych, na których wolno oprzeć to rozpoznanie.

Od niedawna dopiero badanie promieniami Roentgena ten wielki postęp uczyniło, że w wielu przypadkach ta metoda umożliwia odróżnienie: ognisk guzkowych wogóle i wytwórczych od wysiękowych; tuberculosis acinoso-nodosa productiva od tuberculosis acinoso-nodosa exsudativa, przyczem rzadko udaje się odróżnienie zachodzącego lub już zaszłego zwłóknienia w postaci wytwórczej, chyba w jej okresie posunię-

tym — na zasadzie głównie zmian wywołanych przez kurczenie się blizny.

Poprzednicy Ulriciego, wprowadzając tę nową postać, nie mówili o cechach ściśle klinicznych, pozwalających zwykłemi metodami klinicznemi na rozpoznanie tej postaci. Czyni to właśnie Ulrici, opisując te cechy kliniczne; mojem zdaniem do rozpoznania nie wystarczające, wyjąwszy cechy roentgenologiczne.

Oto schematyczne zestawienie objawów właściwych gruźlicy wytwórczej i włóknistej, mające umożliwić kliniczne rozpoznanie różniczkowe, zestawienie z tablicy Ulriciego. (Diagn. und Therapie der Lungentuber. 1924).

	I.	II.
	Tub. productiva acinoso - nodosa.	*Phtisis cirrhotica*
1) Dotychczasowy czas trwania choroby.	Miesiące aż do lat.	Lata aż do dziesiątków lat
2) Objawy.	Rzadko nieco gorączki. Nieznaczne objawy ogólne i narządowe, stopniowo się potęgujące.	Jak I.; stopniowo wzmagające się osłabienie.
3) Oglądanie.	Spłaszczenie klatki piersiowej.	Zapadnięcie nad obojczykami, spłaszczenie klatki.
4) Opukiwanie.	Skrócenie odgłosu, aż do stępienia.	Silne stępienie, często ostro odgraniczone.
5) Szmery oddechowe.	Resp. vesico-bronch. aż do bronchovesicul.	R. broncho-ves. aż do bronch. często bardzo osłabione (w płatach dolnych — rozedma).
6) Szmery oddechowe dodatkowe	Umiarkowanie liczne pół-dźwięczne aż do dźwięcznych.	Nieliczne; przy obecności jam-dźwięczne.
7) Ilość plwocin.	Umiarkowanie obfita	Skąpa; przy obecności jam lub zap. oskrzeli — obfita.
8) Laseczniki Kocha.	Umiarkowanie liczne	Brak lub nieliczne; przy jamach — liczne.
9) Włókna elastycz.	Pojedyncze, albo wiązkami, albo brak.	Jak I.
10) Białe ciałka krwi.	Z początku normalnie, potem leukocytoza.	Częsta limfocytoza i eozynofilja.
11) Odczyn Biernackiego.	Przyśpieszenie umiarkowane.	Normalny lub niewielkie przyśpieszenie
12) Roentgen.	Rysunek ostry i zmniejszanie się cieni ogniskowych od góry ku podstawie płuc; charakter przeświecający cieni.	Cienie ostre, promieniowate i mocno zlewające się. Przeciąganie narządów śródpiersia, charakterystyczny rysunek serca i naczyń.
13) Rokowanie.	Znośne aż do wątpliwego.	Dosyć dobre.

W oryginale znajdujemy takie odcienia językowe np. w zakresie rokowania, jak: z jednej strony »leidlich gut«, a z drugiej »ziemlich gut« — określenia które, biorąc pod uwagę wysoką podmiotowość takich określeń, nic właściwie nie mówią w rozpoznaniu różniczkowem. Podobne odcienia językowe cechują i inne podstawy różniczkowo rozpoznawcze, ograniczając do minimum wartości tych cech, które odróżniać mają obie omawiane postaci. To też jedynie stałe badanie promieniami Roentgena wszystkich przypadków, napotykanych w praktyce, usprawiedliwiałoby wprowadzenie gruźlicy wytwórczej do klasyfikacji przewlekłych suchot płucnych — obok postaci suchot włóknistych.

Ale o tem, by dziś u wszystkich chorych można stosować tę metodę badania — nie ma mowy; ani obecnie, ani w blizkiej przyszłości.

Jeszcze jedna uwaga. Potrzeba klasyfikacji różnych postaci suchot, głównie przewlekłych, (bo ostre grają w praktyce rolę znikomą) jest dyktowana względami rokowania.

Co jednak zyskujemy dla rokowania, jeśli o niem w swej tablicy różniczkowej mówi Ulrici (cytuję określenia raz jeszcze dosłownie): dla postaci guzkowo-gronkowej wytwórczej — rokowanie ma być »leidlich gut bis sehr zweifelhaft«, a dla postaci włóknistej »ziemlichgut« — dla tej postaci włóknistej, o której jamach w płucach dwukrotnie tabliczka wspomina, więc której rokowanie równie może być czasem wątpliwe, jak i pierwszej.

Nie mniej zatarte są granice między tą nową postacią kliniczną: Tuberculosis productiva a Tuberculosis cirrhotica (czyli fibrosa), w opisie tej postaci szczegółowym. Gruźlica wielko-guzkowa przebiega zawsze, a drobno-guzkowa często zupełnie przewlekle i podlega łączno-tkankowemu stwardnieniu ognisk, czyli goi się. Widział (Ulrici) bardzo wiele przypadków, których obraz roentgenologiczny po dwu latach nie uległ żadnej zmianie. Ten przebieg przewlekły, mały wpływ sprawy patologicznej na cały ustrój zależy od małego wytwarzania toksyn. Bardzo rzadko bywa gorączka; jeśli występuje, to jest to dowodem, że nie mamy już przed sobą gruźlicy jedynie wytwórczej, że obok niej powstały ogniska wysiękowe, ogniska serowate. Obok braku gorączki — przez całe lata niespotykamy też potów, przyśpieszenia tętna, braku łaknienia i t. p.; przez całe lata nie znajdujemy w plwocinach laseczników Kocha; nie widzimy zmian w składzie krwi. Cały ten obraz jest przecież w stopniu równym właściwy suchotom włóknistym.

Nie ma więc, powtarzam, podstaw do wyodrębnienia tej nowej postaci klinicznej suchot przewlekłych; jedynie roentgenolog o niej zadecydować może.

Przez lat szereg największem uznaniem cieszyła się klasyfikacja przewlekłych suchot płucnych Turbana. Przeciw wartości praktycznej tej klasyfikacji wystąpiłem, jeden z pierwszych, w r. 1903-cim (Czasopismo Lekarskie i München. Med. Woch.), proponując jej dopełnienie przynajmniej przez dodanie liczby tętna, by do czysto statycznej podstawy klasyfikacyjnej dodać jeden przynajmniej moment dynamiczny; w roku 1912 podałem (Odczyty klin. wyd. przez Gazetę Lekarską Nr. 229 231. Miesięcznik »Tuberculosis« rok 1915*), własną klasyfikację. Usiłowanie wprowadzenia do kliniki i klasyfikacji suchot przewlekłych postaci gruźlicy gronkowo-guzkowej wytwórczej (postać gronkowo wytwórcza wysiękowa mieści się cała w gruźlicy wysiękowej zrazikowej i zrazowej) zachwiało moją wiarę w słuszność podstaw mojej klasyfikacji, której wartość potwierdziły praktycznie lata jej stosowania przez wielu lekarzy. Te wątpliwości znikły jednak; wspomniana postać gruźlicy trwa samodzielnie krótko: albo — najczęściej — przeobraża się łączno-tkankowo, albo — rzadko — ulega rozmiękczeniu i zserowaceniu. Nie ma więc do wyodrębniania jej klinicznego powodu, a, jak wykazuje tablica Ulriciego, i praktycznej możności.

Ostatnio, bo w roku bieżącym, wystąpił Turban z nową zmodyfikowaną klasyfikacją, którą tak ułożył; uwzględniam dla powodów technicznych, jedynie odmianę jego starej klasyfikacji, pomijając podobną modyfikację klasyfikacji tak zwanej Turban-Gerhardta. Zeit. für Tuberk. 1924. Tom 40. Zeszyt 6.).

W tekście radzi Turban uwzględnienie też ilości tętna. Nowa klasyfikacja Turbana w swej części głównej bardzo odbiega od zasad jego klasyfikacji pierwszej; pozostaje jednak jako jej kościec podział ilościowy, topograficzny (I., II., III,). Rzecz prosta, że rozmiary, ilość zajętych tkanek daje się najlepiej ocenić badaniem aparatem Roentgena. Tymczasem taki najmniej spodziewamy zwrot znajdujemy w tekście, a brzmiący: »często więcej o przebiegu i rokowaniu mówi nam sam status physicalis w związku z ciepłotą i tętnem, aniżeli najładniejsze zdjęcie roentgenowskie«.

Stosunek Turbana do rozpoznawania charakteru zmian anatomicznych wyraża się słuszną uwagą: decyduje Roentgen.

---

*) Patrz też: »Suchoty płuc. Compendium« 1922.

Klasyfikacja gruźlicy płuc Turbana.

Okres.	**Postać**		**Stopień**
rozwoju anatom.-biolog.	anat.-patolog. Podział jakościowy (decyduje Roentgen)		rozmiary; Intensitas et Extensitas Podział ilościowy (decyduje badanie fizykalne).
I.			
Complexus primarius.	F.	P.	I.
	Fibrosa aut cirrhotica	Pro-	Schorzenie lekkie aż do rozmiaru jednego płata.
II.	Nodosa aut tuberosa.	ductiva.	
Tuberculosis secundaria (Generalisatio	E.		II.
III.	Exsudativa v. pneumonica (caseosa). F. N. E. z jamami C. lub bez C.		Schorzenie lekkie aż do rozmiaru dwu płatów albo schorzenie ciężkie conajwyżej objętości jednego płata.
Tuberculosis tertiaria Phtisis isolata.	——— Tuberculosis miliaris.		
Reactio immunitatis.			III.
	Kierunek choroby:		Wszystko ponad II.
Allergia Anergia negativa positiva Anaphylaxis Immunitas partiatis totalis.	Stationaris ⌒ Progrediens < Regrediens >		Do tego: Zamknięta — Otwarta + Gorączka f. (do 38,5). ff — ponad 38,5. Zakażenie mieszane M. Powikłania gruźlicze.

Na ogół, dawne okresy, które Turban pozostawił, schodzą na plan dalszy wobec słusznie, chociaż nie samodzielnie, wprowadzanych dodatków, odróżniających kierunek choroby, notujących ciepłotę, radzących przytaczanie ilości tętna.

Trudnem zadaniem klasyfikacyjnem jest odpowiedź na pytanie, czy mamy w danym przypadku do czynienia z zakażeniem mięszanem, czy też nie.

W tablicy zatytułowanej ogólnikowo przez Turbana »Klasyfikacja gruźlicy płuc« uderza niezborność zestawienia, prowadząca do opacznego rozumienia całości zagadnienia klasyfikacji.

Stara klasyfikacja, jak i obecna, uzupełniona, uwzględnia przedewszystkiem, a nawet prawie wyłącznie, suchoty płuc przewlekłe. To stanowiło o jej wartości, dla tego była popularną, bo, w swoim czasie, zapełniła brak odczuwany przedewszystkiem w sanatorjach. To też przedmiotem klasyfikacji jest okres trzeci anatomo-biologiczny, okres Phtisis isolata, i to nie cały, bo ten obejmuje i ostre pneumoniczne postaci suchot płucnych.

Nie wiele, lub bardzo mało, natomiast powiedzieć można o suchotach płucnych okresu anatomo-biologicznego drugiego, okresu generalizacji; jeśli tu zdarzają się sprawy płucne, to w każdym razie typu ostrego, przedewszystkiem tuberculosis miliaris pulmonum — jako część gruźlicy rozsianej.

Stosowanie »stopnia« współcześnie z »postacią« jest możliwe prawie wyłącznie w suchotach przewlekłych. Przebieg suchot ostrych nie pozwala na »stopniowanie«, nie pozwala na zaliczanie ich do I. lub II., choćby dla tego, że nie daje »schorzeń lekkich«. Wobec tego pozostawałoby stosowanie w tych przypadkach wyłącznie albo do wszystkich stopnia III. (do wszystkich, co wyklucza »klasyfikację«); albo wyłącznie określanie »postaci«, anatomo-patologicznej jako klasy klinicznej. Tego jednak Turban nie mówi.

Oceny i sprawozdania.

Jahresbericht über die gesamte Chirurgie und Ihre Grenzgebiete. XXVII rocznik. Str. 996. Wydawnictwo firm Bergmann i Springer.

Sprawozdanie za rok 1921.

Pod redakcją prof. Franka (Berlin) wyszło z druku sprawozdanie za r. 1921 z prac na polu chirurgji i działów pobocznych. Sprawozdanie obejmuje 996 stronic i składa się z 32 referatów źródłowych o stanie nauki w poszczególnych dziedzinach, jak: przelewanie krwi, przeszczepiania i operacje plastyczne, choroby zakaźne, uszkodzenia naczyń, chirurgja nerwów obwodowych, ogólne i miejscowe znieczulenie, odkażanie i leczenie ran, promienie radium i mezothorium, djagnostyka roentgenowska, leczenie promieniami Roentgena, słońce sztuczne i leczenie światłem, diathermia i elektroterapja, chirurgja opon mózgowych i mózgowia, mleczu pacierzowego i systemu współczulnego, chirurgja krtani i tchawicy, tarczycy, grasicy, sutka, przewodu pokarmowego, opłucnej i płuca, osierdzia i serca z aortą, żołądka z dwunastnicą, wątroby i dróg żółciowych, nadnercza, narządów moczowych.

Czyta się je łatwo z podziwem dla erudycji autorów i pracy zużytej na objęcie całokształtu danej dziedziny.

II-ga część sprawozdania obejmuje wykaz wszechświatowego piśmiennictwa w r 1921 z podaniem tytułów prac podług różnych dziedzin: a) ogólnego charakteru, jak n. p. krew, ciśnienie, krwawienia, choroba Raynaud'a, nowotwory i t. d.; b) specjalnych działów chirurgji według części ciałka — głowa, kręgosłup, układ nerwów współczulnych, szyja, klatka piersiowa i t. d.

Alfabetyczny spis autorów zamyka ten tom, dowodzący niebywale systematycznej pracy głównego redaktora i oddzielnych referentów.

Książka ta znajdować się powinna w każdem większem zbiorowisku lekarzy w celu umożliwienia chcącym orjentacji o stanie piśmiennictwa wszechświatowego w poszczególnych dziedzinach chirurgji i nauk pokrewnych. Szkoda wielka, że nie uwzględniono w sprawozdaniu prac polskich — uderza dość duża stosunkowo ilość prac rosyjskich i czeskich (referowano je po niemiecku). Należy lepiej zorganizować referowanie prac polskich w czasopismach zagranicznych.

A. G. (Łódź).

Przegląd piśmiennictwa.

Revue de Laryngologie, d'Otologie etc.

Nr. 14. 1924.

Georges Canuyt i M. Wolf. **»Traitement des hémorragies graves par l'irradiation; son action sur la coagulabilité du sang«.** Opierając się na pracach Stephana, Pagnieza i innych o wpływie promieni X na krzepliwość krwi próbują autorowie zastosować »Curieterapję« w przypadkach krwawień nosowych samoistnych lub też pooperacyjnych. W przypadkach ciężkich krwawień, w których silna tamponada i klasyczne środki tamujące krwawienie zawiodły, udało się autorom zapomocą naświetlania radowego przerwać krwawienie w przeciągu kilku minut. Naświetlano rozmaite okolice ciała. Najskuteczniejszemi okazały się naświetlania śledziony i wielkich naczyń; dawka 500 R (2 H 5); zazwyczaj wykonywano trzy naświetlania w przerwach 24 godzinnych.

Nr. 15. 1924.

Pierre Mauriac. **L'insuline en chirurgie.** Ciekawe wyniki swych spostrzeżeń ujmuje autor w następujących punktach:

1. Jeżeli u chorego na cukrzycę wskazany jest zabieg chirurgiczny a zabieg ten nie jest naglący, wówczas oddaje insulina niezwykłe usługi, zmniejszając przekrwienie i kwasicę.

2. Jeżeli zabieg musi być natychmiast wykonany to insulina ma szanse działania dopiero wówczas, gdy wstrząs pooperacyjny ustąpił a lek znieczulający został wydalony z ustroju.

3. Podawanie insuliny jest wskazane w leczeniu pooperacyjnem, aby przyśpieszyć gojenie się ran i aby poprawić odżywienie chorego przez wzmożenie tolerancji węglowodanowej

4. U chorych z kwasicą, gorączką i nadmiernem ropieniem insulina najczęściej nie działa; jednakowoż należy ją próbnie zastosować.

5. W powikłaniach zakaźnych cukrzycy bez gorączki i bez acetonu, insulina daje dobre wyniki.

6. W chirurgicznem zastosowaniu insuliny powinno się o ile możności używać tylko insuliny czystej, która niema działania wstrzymującego krzepliwość krwi

Spira jun. (Kraków).

Münch. med. Woch.

Nr. 22. 1924.

D e g k w i t z. **Szczepienie ochronne przeciw błonicy.** Metoda Schicka w połączeniu ze szczepieniem ochronnem surowicą Behringa, przyczynia się w znacznej mierze do zapobiegania, względnie do łagodniejszego przebiegu błonicy. Łatwość wykonania umożliwia stosowanie jej na wielką skalę, mianowicie wśródskórne wstrzyknięcie 0,1cm^3 surowicy Behringa w rozcieńczeniu 1/10 daje u dzieci, które mają skłonność do błonicy, odczyn dodatni. Brak odczynu świadczy o obecności przeciwciał i przemawia przeciw możliwości przebycia błonicy. Szczepienie ochronne powinno odbywać się jeszcze we wieku przedszkolnym, by dzieci już uodpornione zaczęły uczęszczać do szkoły.

K l u g. **Przyczynek do leczenia postępującego zapalenia gruczołów potnych w pasze.** Przy leczeniu zapalenia gruczołów potnych w pasze, autor podcina na wielkiej przestrzeni głęboko płat skórny, otwierając tem samem gruczoły potne, przyczem zachodzi wzmożone wydzielanie i szybkie usunięcie ropy. Pomiędzy płat skóry a tkankę podskórną wkłada na 4—5 dni gazę jodoformową, poczem, po wyjęciu jej, przykłada płat na pierwotne miejsce. Metoda ta zapewnia szybkie i skuteczne wyleczenie i zapobiega występowaniu nawrotów.

P o r t. **O częstości występowania dodatniego odczynu Wassermanna, względnie kiłowem schorzeniu tętnicy głównej u osób starszych.** Autor zwraca uwagę na częste stwierdzanie zmian kiłowych w tętnicy głównej u osób starszych, u których przypuszczano zmiany miażdżycowe. Badanie sekcyjne osobników zmarłych powyżej lat 60 wykazywały typowe zmiany kiłowe w części wstępującej tętnicy głównej, mimo, że nawet w niektórych przypadkach za życia wykonany odczyn Wassermanna kiłowy dawał wynik ujemny. Zapalenie kiłowe tętnicy głównej występowało w przypadkach autora samoistnie, lub też w połączeniu z innymi objawami kiły.

B u s s. **Wśródlędźwiowe stosowanie zastrzyków »Dispargenu« przy nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.** Stosowanie wśródlędźwiowych zastrzyków »Dispargenu« w ilości 1—2 cm^3 przez 4—7 dni prowadziło do wyleczenia 3 ciężkich przypadków zapalenia opon mózgowych na tle meningokokka i to w tych przypadkach, w których wszystkie inne środki lecznicze zawiodły.

K r a u s e. **Barwienie laseczników Kocha metodą Kersenbrom'a.** Łatwy sposób barwienia i szybsze wykazanie laseczników gruźliczych:

1. Barwienie 1—2 min. fuchsyną karbolową.
2. Spłukanie wodą.
3. Odbarwienie 20% kwasem azotowym.
5. 1—2 min. kwas pikrynowy + alkohol *(ac. picronitr. 5,0, ac. citr. 10,0, aquae dest. 85,0, alcoh. abs. 100,0)*.
6. Odbarwienie 70% alkoholem.
7. Opłukanie wodą.
9. Kontrastowe zabarwienie rozcieńczonym błękitem metylowym.
8. Spłukanie wodą.

Oglądać można bez imersji (czerwone laseczniki na niebieskiem tle).

Nr. 23. 1924.

V o g t. **Dożylne stosowanie urotropiny przy zatrzymaniu moczu.** Jeżeli na drugi dzień po porodzie lub operacji niema samoistnego oddawania moczu, okazało się bardzo dobrem stosowanie urotropiny dożylnie. Zalety zastrzyków są liczne, przedewszystkiem unika się, względnie ogranicza do minimum cewnikowania, ubocznych działań szkodliwych niema. Technika zastrzykiwania łatwa, 5 cm^3 40% roztworu ogrzanego do ciepłoty ciała wstrzykuje się dożylnie, o ile nie można to wśródmięśniowo, lub podskórnie. Przy małym skutku powtarza się zależnie od przypadku 4—5 razy, potęgując dawkę do 10 cm^3.

D a n n h a u s e r. **Leczenie preparatami białkowemi rozmaitych schorzeń systemu nerwowego.** Opierając się na licznych doświadczeniach zaleca autor próbowanie leczenia ciałami proteinowemi rozmaitych schorzeń systemu nerwowego, jak zapalenie mózgu i pozostałości po niem, stwardnienie wieloogniskowe, nerwobóle, neurastenja, porażenie opuszkowe, które w znacznej mierze okazują polepszenie. Należy tylko uważać przy zastrzykach dożylnych, by uniknąć wstrząsu anafilaktycznego, przerwa między jedną a drugą injekcją nie powinna przekraczać 8 dni.

Fr. Czobanówna (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie zeszyt 7. T r e ś ć: Prof. M. R a c z y ń s k i: Z zakresu zagadnień walki z rakiem. — F. Ł a b e n d z i ń s k i: Oznaczanie cukru w surowicy zapomocą fermentacji jako nowa metoda kliniczna. — Prof. K. O r z e c h o w s k i: Przypadek przewlekłego zapalenia opon nagminnego, leczony odmą. — A. S t a r z y ń s k i: O dojelitowych szczepieniach przeciwdurowych. — Zjazdy naukowe. — Streszczenia. — Towarzystwa. — Sprawy społeczno-lekarskie.

Zeszyt 8. T r e ś ć: Prof. B r o w i c z: Nieco o mianownictwie zmian nerek. — F. S i e d l e c k i: Pierwotne skazy krwotoczne. — Doc. B. S z u l c z e w s k i: Influenca i grypa u dzieci. — J. K r z y m i ń s k i jun.: Florydzyna jako środek wczesnego rozpoznania ciąży. — Zjazdy. — Streszczenia. — Towarzystwa. — Sprawy społeczno-lekarskie.

Nowiny Psychjatryczne zeszyt 8. T r e ś ć: Doc. R. R a d z i w i ł ł o w i c z: Wzruszenie i uczucie. — A. P i o t r o w s k i: O potrzebie ustanowienia urzędu psychjatrycznego. — St. Z a m e c k i: Chemizm krwi u psychicznie chorych. — Sprawozdania.

Polskie Archiwum medycyny wewnętrznej. Tom I. zesz. 4. T r e ś ć: M. F r a n k e, J. G o e r t z i J. K r z y ż a n o w s k i: Badania nad patogenezą mocznicy. — M. S e m e r a u-S i e m i a n o w s k i i H. R a c h o n i o w a: W sprawie trzepotania przedsionków. — E. M e i s e l s: Ścisłość rozpoznania roentgenowskiego wrzodu dwunastnicy. — W. F i l i ń s k i: Oznaczanie stosunku globulin do albumin w surowicy krwi dla rozpoznania i rokowania. — J. W ę g i e r k o: Wpływ anionu fosforowego na zachowanie się cukru we krwi przy hyperglikemji adrenalinowej oraz na zachowanie się cukru we krwi i w moczu u dotkniętych moczówką cukrową. — G o r e c k i: Badania nad płynami z jam surowiczych. — E. C z a r n o t a-B o j a r s k i i E. R e i c h e r: Wpływ bodźców zewnętrznych na pracę i wielkość tętna. — T. T e m p k a: Morbus maculosus Verlhoffi, anaemia aplastica.

Przegląd Dentystyczny Nr. 4. T r e ś ć: Dr. W. Szafran: Uwagi nad leczeniem zapaleń zatoki szczękowej, pochodzenia szczękowego. — Dr. J. R u t k o w s k i: Zapalenie okostnej i szpiku kostnego szczęk. — Dr. A. G r u s z c z y ń s k i: Jeszcze parę uwag o Państwowym Instytucie Dentystycznym.

Polska Dentystyka Nr. 4. T r e ś ć: Prof Dr. A. C i e s z y ń s k i: O ciałach obcych w jamie szczękowej oraz sposobach ich wyjmowania. — Dr. A. M e i s n e r: Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedorozwoju dolnej szczęki. — Sprawozdania i streszczenia. — Towarzystwa. — Sprawy zawodowe. — Przegląd piśmiennictwa.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 7. maja 1924.

Przewodniczy prof. M a j e w s k i. Obecnych 65.

Przewodniczący wita członków Krakowskiego oddziału Warszawskiego Tow. higjenicznego, poczem:

1. Kol. L. B i e r wygłasza odczyt p. t. **„O mleku krakowskiem"**.

W odczycie tym mówca dochodzi do następujących wniosków:

1. Dotychczasowe stosunki aprowizacyjne m. Krakowa w mleko pozostawiają bardzo wiele do życzenia, wobec wymagań, które stawiać się musi ze stanowiska higjeny, wobec aprowizacji miast.

2. Nie ulega wątpliwości, że na obecny stan rzeczy składa się szereg czynników w znacznej mierze niezależnych w p r o s t od zarządu miasta — niemniej wina za ten stan rzeczy obciąża także bardzo wydatnie zarząd miasta, zobowiązany obowiązującym go statutem miejskim do dbania o aprowizację i dobre stosunki zdrowotne.

3. Wina zarządu miasta tkwi w tem, że dotychczas nie zorganizował należytej kontroli nad jakością mleka dostawianego i sprzedawanego w mieście, że nie określ ł wymagań, jakim pod względem jakości i zdrowotności — odpowiadać winno dostarczane do Krakowa mleko, że zależnego od siebie handlu mlekiem nie ujął we własnym zakresie działania w żadne ograniczenia zabezpieczające, by sprzedaż mleka odbywać się mogła jedynie w lokala h na ten cel odpowiednich, oraz przez osoby do tego ukwalifikowane.

4. Uzdrowienie obecnego stanu rzeczy, a zarazem poprawę aprowizacji miasta w produkta mleczne uzyskać można przyjęcie programu pracy wskazanego przez Państwowy Zakład badania żywności w Krakowie, streszczający się w zorganizowaniu należytej kontroli nad żywnością w Krakowie, w zapewnieniu pełnego znaczenia postanowieniom uchwalonego w dniu 9. lutego 1924. przez Magistrat, a opracowanego w Zakładzie państwowym „Regulaminu dla handlu mleczywem“, obowiązującego w Krakowie od 1 kwietnia 1924 r., na wprowadzeniu przymusu legitymacyjnego dla osób zajmujących się handlem mleka na placach, ulicach, oraz obnośnym po domach, w końcu w ograniczeniu uprawnienia dla sprzedaży mleka i produktów mlecznych tylko do sklepów posiadających dla tego celu odpowiednie warunki sanitarne, szczegółowo określone przez Zarząd miasta — przy równoczesnem staraniu własnem miasta, względnie poparciu starań czynników prywatnych, by — przy zastosowaniu pewnych ulg taryfy kolejowej dla transportów mleka — oraz wprowadzeniu osobnych wagonów — chłodniczych — jak to się praktykuje w Państwach zachodnich — dochodzić mogło do Krakowa mleko z dalszych okolic miasta — z tych mianowicie, gdzie postęp i higjena mleczarstwa stoi wyżej od pojęć w tym względzie podmiejskich.

5. Cała ta akcja zarządu miasta tylko wtedy będzie skuteczną, jesli nie będzie rozbitą między szereg czynników, ale możliwie skupiona i należycie zharmonizowaną.

W dyskusji kol. J a n i s z e w s k i stwierdza, że stan mleczarstwa jest u nas bardzo zły. Kraków pod tym względem nie może być szczęśliwą oazą. Kontrola sama do poprawy stosunków nie wystarczy. Potrzeba tu współdziałania 3 czynników a) Towarzystw rolniczych, b) kontroli państwowej c) uświadomienia społeczeństwa. Gmina nie odnosi się nieprzychylnie do działalności organów kontrolnych państwowych, tylko jest zdania, że nie potrzeba tu 2 organów.

Inż. K n o l l — kierownik pracowni miejskiej — jest zdania, że powinno się założyć miejską mleczarnię związkową — w której pracowni byłoby badane dostarczane mleko — i dopiero po zbadaniu go dopuszczone do sprzedaży.

Kol. S e ń k o w s k i: kontrola tak długo będzie bezskuteczną jak długo fałszowanie mleka na wzór innych fałszerstw n. p. brylantów nie będzie surowo sądownie karane. Prof. L e n a r t o w i c z podnosi, że z zestawień statystycznych prelegenta, wykazujących odsetki zafałszowań wynika, iż różnice w statystyce kol. B i e r a a w statystyce miejskiej są zbyt wielkie, by mogły polegać na przypadku lub użyciu, odrębnych sposobów badania, bo 40% zafałszowań (statystyka Biera) a 6% zafałszowań (statystyka miejska) to cyfry zupełnie różne. Kto zna mleko krakowskie ten z pewnością zgodzi się, że odsetka zafałszowań z pewnością znacznie przekracza 6%. Trzeba się tylko przejść po mieście i zobaczyć jak przeprowadzają kontrolę targową organa miejskie Jeżeli jak twierdzi doc. J a n i s z e w s k i, kontrola jest utrudniona przez to, że badania przeprowadza się w dwu zakładach, to jest na to jedna tylko, ale prosta, rada zwinąć zakład gorszy! Że w innych miastach jest także pod tym względem źle to nas nie pociesza. Niech Kraków będzie raczej przykładem. Jeżeli władze miejskie nie rozumieją potrzeby należytej kontroli mleka to należy je starać się przekonać i należy wierzyć, że i radnym miejskim można trafić do przekonania. Wnioski mówcy zmierzające do naprawy stosunków należy przyjąć w całości i uchwalić przedłożenie ich odnośnym władzom.

Kol. M o m i d ł o w s k i stawia wniosek, aby rezolucję prelegenta przekazać czynnikom kompetentnym t. j. Województwu, Magistratowi i Ministerjum Spraw Wewnętrznych z prośbą o wydanie odpowiednich zarządzeń. Wniosek ten uchwalono.

W dalszej dyskusji zabierali głos jeszcze kol. G ł ą k i e w i c z, doc. J a n i s z e w s k i i prelegent.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXIV. P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dn. 3. października 1924.

Przewodniczy prof. Z a l e w s k i. Obecnych 94.

Przewodniczący zawiadamia o uroczystości 50-lecia istnienia Towarzystwa lekarskiego Lubelskiego, która odbyła się 7. września b. r. w Lublinie. W uroczystości wzięli udział przewodniczący Towarzystwa i jego zastępca.

1. Kol. W. D o b r z a ń s k i pokazuje **preparat potworniaka (teratoma)**, uzyskanego operacyjnie z okolicy krzyżowo-ogonowej, u chorej 3-letniej dziewczynki. Przypadek rzadki ze względu na wiek chorej, umiejscowienie i budowę drobnowidową nowotworu. Sprawa chorobowa zaczęła się przed 3-ma miesiącami nieznacznem uwypukleniem ponad odbytem, przed dwoma tygodniami wystąpiły zaburzenia w oddawaniu kału. Badaniem *per rectum* stwierdzono guz, wpuklający się w światło odbytnicy, chełbocący i jakby zwiększający się przy płaczu i krzyku dziecka, (*menmigocele sacr. ant?*). Guz wycięty przedstawia się jako torbiel o wewnętrznych ścianach gładkich, pokrytych włosami, wypełniony gęstym, brudno-czerwonym płynem, wśród niego zaś zbite, twarde, białawe masy, o utkaniu śródbłoniaka. Badanie drobnowidowe ścian torbieli wykazało nabłonek wielowarstwowy płaski z włosami i gruczołami.

2. Kol. G i n s b e r g pokazuje kilka **ciał obcych, wyjętych operacyjnie z pęcherza** moczowego. Omawia sposoby poznawania i omawia sposoby usuwania ciał obcych z pęcherza.

3. Kol. A. D o b r z a ń s k i wygłosił rzecz: **›Dalsze badania nad przewodnictwem ciepła w zapaleniu wyrostka sutkowego** (metoda Z a l e w s k i e g o)‹. Przeznaczone do druku.

Dr. *Tad. Falkiewicz* sekretarz.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 4. czerwca 1924

1. Kol. K r y s z e k wygłosił odczyt: **„Hipertensja i hipertonja i sposoby ich odróżniania“.** Mówca zatrzymuje się bliżej nad analizą oscylacji supramaksymalnych i inframinimalnych. Oscylacje te, tak zwane przybrzeżne, których powstawanie objaśniało się uderzeniami krwi o brzeg mankietu przy uciśniętem naczyniu, były dotychczas zaniedbywane przy analizie ciśnienia. Spostrzeżenia szpitalne, uzyskane aparatem Pachona, wskazują, że oscylacje, jak supramaksymalne tak i inframinimalne, występują w przypadkach hipertonji, a więc wzmożonego spoczynkowego napięcia ścian naczyniowych, natomiast brak tych oscylacji w przypadkach hipertensji, spowodowanych przez zmiany miażdżycowe ścian naczyniowych. W związku z tem omawia mówca objawy kliniczne, występujące w atherosklerozie, schorzeniu w pierwszym rzędzie błony wewnętrznej wielkich pni naczyniowych; następnie w zwapnieniu mięśniówki, więc błony środkowej dużych naczyń; następnie w arteriosklerozie, schorzeniu drobnych tętniczek, zwłaszcza w jamie brzusznej i nerkach; wreszcie w samoistnej chorobie — hipertonji pierwotnej.

W dyskusji zabierali głos kol. S t e r l i n g i F r e n k e l. Kol. S t e r l i n g mówi o znaczeniu rozpoznawania hipertonji, zarówno pod względem leczniczym, jak i prognostycznym. Kol. F r e n k i e l mówi o *claudicatio intermittens cerebri*, które tłumaczą się skurczem naczyń, a nie wynaczynieniem w mózgu. Objawy te jednak występują zwykle u ludzi starszych i tłumaczą się większą podatnością do skurczów naczyń, chorobowo zmienionych.

2. Kol. D y n e n s o n pokazuje **nowotwór płuca** z uciskiem na *vena cava superior*.

3 Kol. P o l a k pokazuje szereg **tętniaków tętnicy płucnej** na preparacie sekcyjnym.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 18. czerwca 1924.

1. Kol. M a n d e l s o w a pokazuje dziecko 2-u tygodniowe z **wklęśnięciem kości ciemieniowej** bez objawów mózgowych. Matka tego dziecka przed 2 laty urodziła dziecko z jeszcze większem wklęśnięciem kości ciemieniowej; wklęśnięcie to obecnie zginęło zupełnie. Uprzednio 2 porody z wymóżdżeniem.

2. Kol. S z y f m a n pokazuje chłopca z **odwrotnem położeniem trzew.**

3. Kol. F u k s pokazuje mężczyznę 52 l., chorego od $3^1/_2$ lat; zaczęło się od zmniejszenia pola widzenia i silnych bólów głowy. Obecnie — brak odruchów rogówkowych, połowicze widzenie (odskroniowe), pozatem ze strony systemu nerwowego żadnych zmian. Wassermann we krwi i płynie mózgowym — ujemny. Pandy i Nonne-Apelt ujemni. Obraz krwi normalny. Roentgen wykazał: *tumor extra-ellaris*

4. Kol. Z i e g l e r pokazuje kilka przypadków **gośćca stawowego** leczonych siarką domięśniowo z bardzo dobrym wynikiem.

5. Kol. K o n pokazuje 1) chłopca po **nagminnem zapaleniu mózgu**: obecnie wykonywa ruchy rytmiczne w obrębie obu górnych kończyn i barku, które nie giną i w czasie snu. 2. Dziewczynkę ze **zmianami** przymiotowemi w stawie łokciowym i kości goleniowej.

6. Kol M o g i l n i c k i mówi o 20 przypadkach **drętwicy karku**, z których zmarło tylko 2=10%. Kładzie to na karb stosowania surowicy; mówi o bardzo ważnym objawie u niemowląt, jakim jest wysadzenie ciemienia, które wystarcza do postawienia rozpoznania Stosował surowicę dolędźwiowo i jednocześnie domięśniowo, lub dokomorowo. Stosować należy surowicę codziennie przeciętnie w ciągu leczenia 18 flakonów.

W dyskusji kol. Z a ł ę s k i mówi o zgodności wyników z doświadczeniem autorów francuskich i zwraca uwagę, iż dla racjonalnego leczenia surowica powinna odpowiadać gatunkowi meningokokków i należy ją stosować codziennie w dużych dawkach. Kol. F r e n k l o w a oponuje przeciw twierdzeniu, jakoby napięcie ciemiączka wystarczało do rozpoznania drętwicy, gdyż występuje ono nawet przy nieżytach nosa i grypie Płyn mózgowo-rdzeniowy może być nawet przeźroczysty, pomimo iż zawiera meningokokki Kol. M o g i l n i c k i zgadza się z kol F r e n k l o w ą, dowodzi jednak, że wysadzenie ciemiączka jest zawsze podejrzane i w takich wypadkach należy dokonać nakłucia lędźwiowego.

Kol D o b r o w o l s k a pokazuje dziecko z **wrodzoną wadą serca** i zgrubieniami palców rąk i nóg

Kol. S k a l s k i zwraca się o poparcie w sprawie przywrócenia **stanowiska lekarza sądowego** przez wystosowanie pisma do

Ministerstwa Sprawiedliwości i Generalnej Dyrekcji służby zdrowia i w sprawie utrzymania Ustawy antialkoholowej przez zwrócenie się do Sejmu i Senatu.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 9. kwietnia 1924.

Przewodniczy kol. Kozłowski. Obecnych 18 członków i 5 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół z dnia 20. maja 1924 r.

2. Kol. Puterman pokazuje przypadek, w którym, jako **jedyny objaw zespołu parkinsonizmu istnieje drżenie lewych dolnych kończyn.** Mężczyzna K. W. lat 44., stolarz, 18 miesięcy temu cierpiał w ciągu miesiąca na bezsenność. Od października r. z. wystąpiło drżenie najpierw lewej górnej kończyny, potem także drżenie lewej dolnej kończyny. Badanie stwierdza: nieznaczny niedowład dolnej gałęzi lewego nerwu twarzowego, mowa nieco utrudniona, jednostajna, drżenie lewej górnej kończyny o dość rozległych wahaniach, drżenie wzmagające się przy alteracji psychicznej, drżenie lewej dolnej kończyny mniejsze. Mówca wspomina o zespołach hipertonicznych i hiperkinetycznych i o zmianach anatomicznych, zachodzących w śródmózgowiu przy jednym i drugim zespole. W końcu wspomina o coraz częściej stwierdzanych przypadkach parkinsonizmu, jako następstwie nagminnego zapalenia mózgu, którego początek lekko nieraz zaznaczany, zapoznany przez chorego, sięga często bardzo odległych czasów, aby w następstwie zamanifestować się bądź stężeniem mięśniowym, bądź drganiami lub ruchami myoklonicznemi.

3. Kol. Gosiewski pokazuje chorego z **ropniem opadowym w lewej pachwinie**, mającym punkt wyjścia z *psoitis* przypuszczalnie. Leczy chorego tuberkuliną.

4. Kol. Dehnel zdaje sprawę ze **zwalczania gruźlicy w Zagłębiu Dąbrowskiem.** Zwraca na wstępie uwagę na rozpowszechnienie się gruźlicy. W sprawie zwalczania gruźlicy uważa za najpoważniejsze czynniki podniesienie kultury ogólnej, szczególnie zaś sanitarnej społeczeństwa. W akcji zwalczającej gruźlicę należy uwzględnić kwestję mieszkaniową, szeroko pojętą asanizację miast, policję sanitarną. Przechodząc do opieki nad chorymi stwierdza, że opieka ta powinna zaczynać się od chwili urodzenia się dziecka i trwać do starości. Dzieci powinny być usuwane ze środowisk gruźliczych; we Francji n. p. wychowywa się je w specjalnych instytutach. Ważna nader jest opieka nad dziećmi w szkole. Dzieci obarczone gruźlicą powinny być leczone w specjalnych szkołach. Dzieci z jawną gruźlicą — leczone. Specjalne organizacje powinny pracować nad wykrywaniem ognisk gruźlicy. W Anglji i Stanach Zjednoczonych istnieją t. zw. wizytatorki, które mają te sprawy powierzone. Wreszcie kwestja zwalczania gruźlicy obejmuje bardzo szeroko pojęte lecznictwo gruźliczych osobników.

W dyskusji zabiera głos szereg kolegów: Gosiewski, Gruszkiewicz, Wołkowicz, Budzyński, Ingster. Przemawiający wypowiadają się w tym kierunku, że, jeżeli program zwalczania gruźlicy w Zagłębiu ma mieć realne znaczenie, to należy w nim ściśle wyodrębnić t. zw. program minimalny, określający co należy natychmiast wprowadzić w życie, jako postulaty pierwszej potrzeby i dalszy t. zw. program maksymalny, który ma być wprowadzony później, stopniowo.

Kol. Gosiewski podaje projekt programu. Minimalny obejmuje: 1) statystykę, 2) uświadamianie ogółu co do rozpowszechnienia gruźlicy, 3) nadzór nad szkołami, 4) zwalczanie kurzu ulicznego, 5) woda, 6) nadzór nad produktami spożywczymi, 7) izolacja chorych z otwartą gruźlicą, 8) rozszerzenie działalności Tow. przeciwgruźliczego.

Program maksymalny: 1) szpitale, 2) sanatorja, 3) obserwacja.

Kol. Dehnel uznaje słuszność poruszonych kwestji, proponuje wybrać Komisję dla definitywnego zredagowania programu walki.

Do Komisji zostali wybrani: kol. Dehnel, Gosiewski i Wołkowicz. Dr. *Budzyński*, sekretarz.

Związek Lekarzy P. P. Towarzystwo Lekarskie. Okręg Łucki.

Posiedzenie naukowe w dniu 22 lutego 1924.

Przewodniczący kol. F. Miłaszewski. Obecnych 20.

1. Kol. Mininzon: a) Pokaz chorego chłopca 12 lat z **torbielem zębowym** (*Zahncyste, Follicularcyste* niemców). Guz rozwija się od kilku lat; w ciągu ostatnich 3-ch miesięcy, po doznanym urazie, znacznie się zwiększył, z powodu czego po raz pierwszy krewni jego udali się po poradę do chirurga. Przy oględzinach ustalono: lewy policzek wydęty, co powoduje znaczną nieumiarowość twarzy, guz również uwypukla się do jamy ustnej, jest nieruchomy, chełbocący i pozostaje w związku z górną szczęką, przy obmacywaniu chrzęszczy jak pergamin. Przy nakłuciu przez dziąsła, w celu rozpoznawczym, wydobyto płyn, w którym przy badaniu drobnowidowem stwierdzono: poszczególne komórki nabłonka płaskiego, średnie leukocyty, znaczna ilość krwinek i liczne kryształy cholesteryny; cytologicznie wielojądrzaste leukocyty i niewiele limfocytów. Torbiele zębowe, obfitujące w kryształy cholesteryny, zawdzięczają swe pochodzenie pozostałościom rozwojowym zębów. Rękoczyn polegał na usunięciu ściany zewnętrznej torbieli: w uśpieniu chloroformowem wycięty został kawałek przedniej ściany 2—3 cm (nożycami), płynu wyciekło około 3 łyżek. Gojenie prawidłowe, wynik pomyślny.

W dyskusji poruszona była myśl, czy wyciągnięcie zęba nie ułatwiłaby dokonania opróżnienia torbieli, myśl tę jednak uznano za nieracjonalną, tembardziej, że byłoby to wbrew prądowi zachowawczemu, panującemu w dentystyce i dążącemu do zachowania zębów uległych nawet znacznej destrukcji. b) Pokaz kilku chorych, **leczonych kwarcową lampą.**

2. Kol. Jasiński pokazał 5-cio letnie dziecko z **wodooczem wrodzonem**; porażenie dwustronne, gałki oczne i rogówki są znacznie powiększone, komora przednia jest głęboka, dość wyraźne jest falowanie tęczówek i zagłębienie tarczy nerwów ocznych. Wzrok zachowany (o ile dało się zorjentować około 0.6) w ostatnim roku postępowego powiększania się gałek ocznych nie dało się zauważyć.

Posiedzenie naukowe w dniu 14 marca 1924.

Przewodniczy kol. F. Miłaszewski.

Obecnych 13 i gość stud. med. Grifeld.

1. Kol. Mininzon pokazał: a) chorą (po raz wtóry) z **włókniako-mięsakami skóry** oraz patologiczno-histologiczny preparat tego nowotworu; b) chorą z nowotworem (kankroid), powstałym na tle znamienia barwikowego.

2. Kol. Miłaszewski wygłosił 1-ą część odczytu p. t. »**Choroby nerek w świetle najnowszych poglądów**«.

Posiedzenie naukowe w dniu 21 marca 1924.

Przewodniczy kol. Miłaszewski. Obecnych 14.

1. Kol. Miłaszewski wygłosił drugą część odczytu p. t. »**Choroby nerek w świetle najnowszych poglądów**«.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 kwietnia 1924.

Przewodniczy kol. F. Miłaszewski. Obecnych 13 gości, bakterjolog p. Olszewski i stud. med. Popowszek.

1. Kol. M. Jasiński wygłosił odczyt »**O wstecznej odbudowie białka w płynie komory przedniej oka**« (badanie doświadczalne). Ciecz wodna w oku ma nietylko statyczne znaczenie, jak dotychczas zapatrywano się na to. Wbrew takiemu poglądowi należy przypuszczać, że jako płynna przegroda pomiędzy tkankami środowisk ocznych, nie posiadającemi naczyń własnych, pełni ona dość doniosłą fizjologiczną rolę mianowicie: składowe związki chemiczne, które przedostają się z krwi ulegają pewnym przekształceniom w tej surowiczej wydzielinie i stając się pod wpływem zaczynów swoistemi dla komórek środowisk, załamujących promienie, odgrywają rolę środków niezbędnych dla procesów syntetycznych — odżywiania i odbudowy pierwoszcza. Doświadczenia wykonane z cieczą wodną oczu królików, wykazały, że ścięte białka krwi surowicy człowieka, również wydzielone albumina i globulin, ścięte białko jajka kurzego, ścięte białka surowicy królików ulegają rozkładowi. Próby wykonane z rurkami włoskowatemi (na wzór sposobu Metta). We wszystkich próbach otrzymane zostało rozszczepienie białka na 2—3 mm. w przeciągu 12 godzin w cieplarce ogrzanej do 38°. Wskazuje to na obecność zaczynu grupy proteolitycznej w płynie komórki przedniej oka.

M. Jasiński sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 3. czerwca 1924 r.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

I. Kol. Stefan Leśniowski z kliniki chorób nerwowych prof. Orzechowskiego przedstawia **przypadek botulizmu.** 17-o letnia wieśniaczka zachorowała w kilka godzin po spożyciu mięsa podejrzanej jakości, wystąpiły nudności, wymioty oraz bóle w nadbrzuszu. Na trzeci dzień choroby dolegliwości żołądkowe ustąpiły, natomiast wystąpiło porażenie akomodacji oraz podwójne widzenie, czwartego dnia przyłączyła się silna chrypka i ciężkie zaburzenia przełykania. Chora sprawia wrażenie ciężko chorej; w stanie cielesnym uderza niezwykła suchość skóry i śluzówek; twarz chorej ma wyraz senny wskutek opadnięcia powiek, małej ruchliwości mięśni twarzowych oraz prawie zupełnej nieruchomości mięśni gałki ocznej. Największe rozszerzenie źrenic, całkowite porażenie mięśni wewnętrznych oczu oraz znaczny niedowład wszystkich mięśni gałki ocznej zewnętrznych; natomiast ostrość wzroku, pole widzenia i dno oka jest bez zmian. Również stwierdza się prawie zupełną nieruchomość łuków podniebiennych i tylnej ściany jamy nosowo-gardłowej przy fonacji; brak odruchów z podniebienia i gardła; znaczny niedowład mięśni krtani, pewna opieszałość wszystkich ruchów czynnych. Odruchów głębokich z kończyn górnych brak z wyjątkiem z mięśni trójgłowych, z dolnych zaś znaczne ich osłabienie. Odruch Oppenheima z kończyny dolnej prawej. Nakłucie lędźwiowe wykazało stosunki prawidłowe, odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym i w surowicy krwi ujemny. Narządy wewnętrzne są bez zmian; przez jeden dzień była nieco podwyższona ciepłota, pozatem był stan bezgorączkowy; nieznaczne przyśpieszenie tętna. Po 25 dniach od zachorowania chora opuściła klinikę tylko z nieznacznemi zaburzeniami okoruchowemi. W rozpoznaniu różniczkowem L. wy-

klucza zapalenie mnogich nerwów, myastenję oraz nagminne zapalenie mózgu, do którego przypadek jest pozornie zbliżony (z powodu małej samorzutnej ruchliwości mięśni twarzy oraz zaburzeń okoruchowych — natomiast brak dłużej trwającej gorączki, zaburzeń snu, omamów, bólów i ruchów mimowolnych). Na zakończenie L. podnosi, że chociaż w przedstawionym przypadku nie było możliwe przeprowadzenie badania bakterjologicznego w kierunku botulizmu, mimo to zarówno wywiad, jak początek i przebieg cierpienia nie nastręczają wątpliwości.

W dyskusji kol. Tokarski wyjaśnia, że jad kiełbaśny wywołuje silne zatrucie u ludzi, dla zwierząt, a właściwie dla psów nie jest trucizną zupełnie. W jednym przypadku, w którym stwierdzono zepsute mięso psy przez dwa dni jadły to mięso i nie zachorowały.

Kol. Gluziński odróżnia dwie postacie zatrucia jadem kiełbaśnym. Są gotowe produkty substancji trującej, jak w danym przypadku, i takie przypadki nie są rzadkie. Druga postać zatrucia przedstawia obraz kliniczny silnego zakażenia. Mówca wspomina o przypadku, w którym cała rodzina najadła się galaretki z nóżek. Wystąpiły objawy ostrego zakażenia. Jad kiełbaśny wykazuje podobieństwo do działania jadu błoniczego. Kol. Stefan Leśniowski uważa, że szczepienie dlatego może dało wyniki ujemne, ponieważ było zrobione nieodpowiednim zwierzętom — szczurom; a nie świnkom morskim, jak zaleca Semerau.

II. **Dyskusja** nad cyklem odczytów o **schorzeniach dróg żółciowych**.

Kol. Tokarski zaznacza, że sprawa kamicy żółciowej jest bardzo aktualna, gdyż, jeżeli lekarze chorób wewnętrznych na dziesięciu chorych na kamicę żółciową kwalifikują do operacji trzech, to obecnie podnoszą się głosy chirurgów, że wszystkich chorych na kamicę żółciową należy operować i można mówić jedynie o wskazaniach i o tem dlaczego operacji należy zaniechać. Operować należy: a) przy napadach powtarzających się tak często jeden za drugim, że powstaje sprawa zdolności lub niezdolności do pracy; b) gdy trafiamy na podłoże neuropatyczne, świadczące o możliwości powstania morfinizmu; c) przy wszelkich ostro lub przewlekle przebiegających napadach świadczących o ogólnem zakażeniu, przy ropnem zapaleniu dróg żółciowych, przy lekkiej żółtaczce, małem czystem tętnie, zwalniającej gorączce, dreszczach, potach, suchym języku — operować należy, nie czekając na objawy otrzewne; d) przy przewlekłej stałej żółtaczce, przy zupełnem zamknięciu przez kamień przewodu żółciowego; e) przy podejrzeniu raka pęcherzyka, przy ziemistej cerze, nieznacznych bólach lecz postępującym upadku odżywiania. Operować nie należy: a) przy kolce pęcherzykowatej nieprodukcyjnej, gdy kamień jak wentyl zamknął światło szyjki pęcherzyka, wzmożona wydzielina pęcherzyka rozszerzyła jego ściany, wentyl się zwolnił, zawartość spłynęła i cała sprawa bez żółtaczki wygasa w ciągu kilku dni; b) przy kolce przewodu żółciowego wspólnego produkcyjnego; kamyk przeszedł przez przewód pęcherzykowy, lecz na krótko zatrzymał się w brodawce Vater'a, na 2—3 dni wystąpiła lekka przemijająca żółtaczka, wreszcie przewód wspólny i brodawka rozszerzyły się przez parcie żółci, kamyk się przecisnął — napad skończony; c) posiadaczy nosicieli kamieni żółciowych w stanie utajenia. Pęcherzyk po 1 — lub kilku napadach kolki uległ ściągnięciu, zgrubieniu niemal zarośnięciu wraz z kamieniami. Dokuczają jedynie nieznaczne przemijające bóle; d) nie należy operować chorych bardzo otyłych (kobiety) ze śladami cukru, białka w moczu, chyba w razie ropnia. Do powstawania kamieni żółciowych niezbędne jest odpowiednie ziarno i odpowiedni grunt. Jedna przyczyna nie wystarcza. Chory na wrzód żołądka spożywał codziennie w ciągu 4 lat od 8—12 jaj na miękko, 1½ litra mleka i 200,0 masła pozatem nic więcej. Spożył więc bez przerwy 6 kg cholesteryny, a wątroba i pęcherzyk nie czuły się dotkniętemi. Dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy kamicą pęcherzyka żółciowego i wrzodem okrągłym żołądka ważnym jest wspomniany prawostronny punkt bolesny pomiędzy dwiema nóżkami mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego przy ucisku na nerw przeponowy. Nerw przeponowy jest nerwem mięszanym, którego włókna czuciowe unerwiają przeważnie szyjkę pęcherzyka żółciowego. W stanie zapalnym pęcherzyka powstaje stan podrażnienia nerwu przeponowego. Podczas napadu ostrego kolki często uśmierza ból pozycja Trendelenburga przez 10—15 m. W tej pozycji trzewa wywierają ucisk na wątrobę, powstaje szybszy pęd żółci i kamień szybciej się przeciska.

Kol. Szerszyński omawia sprawę operowania kamicy żółciowej. Ostateczny wynik nie zawsze pomyślny; odsetek śmiertelności dość znaczny dochodzi do 9%. Jako przyczynę śmierci stwierdzono zapalenie otrzewnej, zapalenie płuc, zwyrodnienie w różnych narządach wewnętrznych, zadawnione cierpienia. Należałoby poddać rewizji wskazania do operacji. Bezwzględnie należy operować przy zatkaniu przewodu wspólnego. Częste napady są również wskazaniem do operacji. Zadawnione przypadki dają znaczniejszy odsetek śmiertelności, należy pamiętać i o tem, że rak pęcherzyka jest cierpieniem dość częstem, występuje w 10%. Należy uwzględniać również wiek chorego, w późniejszym wieku niebezpieczeństwo operacji większe. Zrosty pooperacyjne często skarg nie dają. U nas do operacji dochodzi najczęściej w przypadkach zapuszczonych.

Kol. Zawadzki Al. przedstawia statystykę osobistą, składającą się z materjału szpitalnego i leczniczego w ciągu ostatnich dziewięciu lat. Wszystkich przypadków operował 181. Po wyłączeniu przypadków powikłanych ostrem zapaleniem trzustki, bąblowca, raka wątroby i pęcherzyka żółciowego odsetek śmiertelności wynosi 8·8% z nich w 3 przypadkach zejście śmiertelne nastąpiło bezpośrednio po zabiegu, inne z powodu zapalenia płuc (4) lub ropnego zapalenia opłucnej w 5 tyg. po operacji (1). Zabiegi stosowane polegały przeważnie na usunięciu pęcherzyka żółciowego, otwieraniu dróg żółciowych (60) sączkowaniu ich nazewnątrz (51) lub zapomocą zatopionego sączka przez przewody do dwunastnicy (8). Przypadki wogóle bardzo ciężkie z licznemi zrostami, przedziurawieniami do jamy otrzewnej, do żołądka, do dwunastnicy nawet poprzecznicy. Raz jeden wykonane było okrężne częściowe wycięcie przewodów ze szwem okrężnym. Zawadzki wypowiada się za wczesnym zabiegiem, operuje w okresie ostrym, wyniki w tych przypadkach ma dobre, zabieg jest względnie łatwy. Po zabiegu chory winien być pod opieką lekarza wewnętrznego, gdyż pozbył się tylko kamieni, bynajmniej wyleczonym nie jest. Należy zwrócić uwagę na wczesne rozpoznanie, które nie jest łatwe, ku czemu jednak dąży współczesna medycyna wewnętrzna. Przy operowaniu ciężkich przypadków statystyką się nie powoduje, bo nawet 1% szans uratowania chorego przemawia za zabiegiem. Krwawień przy żółtaczce nie boi się. Ze swoich przypadków stracił zaledwie jednego chorego z powodu krwotoku, a i to okazało się, że krwawiło niepodwiązane naczynie skórne. Krwawienie udaje się łatwo opanować. Z. kładzie nacisk na przygotowanie chorego przed operacją, ewentualnie wykarmienie chorego cukrem lub przez zastrzykiwania glukozy, przygotowanie serca, nieosłabianie chorego środkami przeczyszczającemi. Momentem rozstrzygającym przy kwalifikowaniu chorego do operacji winno być badanie sprawności wątroby i nerek; gdy ta spada z zabiegiem zwlekać nie wolno. Z liczby badanych bakterjologicznie 61 przypadków, 42 okazało się zakażonych. Prof. Nitsch znalazł rozmaite rodzaje drobnoustrojów, najczęściej b. coli, trzy razy pałeczkę duru brzusznego. W przebiegu pooperacyjnym stosowane były szczepionki przygotowane w pracowni prof. Nitscha. W przypadkach ciężkich stosowanie szczepionek skraca proces zdrowienia, wyniki wogóle daje dobre, a w jednym przypadku ropnia w wątrobie dało wyzdrowienie (*staphylococcus aureus*).

Kol. Sabat podkreśla, że w sprawie rozpoznawania Roentgenem są znaczne różnice zdań między roentgenologami. Jedni nie przypisują roentgenogramom przy kamicy żółciowej żadnego znaczenia, inni twierdzą, że są liczne przypadki, w których można rozpoznać kamień pęcherzyka żółciowego. Jedni określają odsetek możności rozpoznania kamieni na 5—10% inni do 30%, Kess do 50%. Wykazanie kamienia w pęcherzyku żółciowym zależy od licznych warunków: składu chemicznego kamienia, jego wielkości, zdolności wchłaniania promieni roentgenowskich przez kamienie otaczające tkanki. Wiele też warunków istnieje poza obrębem chorego; metoda, twardość i kierunek promieni, trudność interpretowania cieni na roentgenogramie. Źródłami błędów może być obecność kamieni nerkowych, kamienie kałowe, kamienie trzustkowe, zwapnienie chrząstek żebrowych, złogi wapienne w tkankach. Największy odsetek w wykrywaniu kamieni wykazują badacze amerykańscy. Badają oni kilkakrotnie i w różnych pozycjach. Dodatnimi wynikami badania roentgenologicznego mogą być zrosty pęcherzyka z otaczającemi narządami, powiększenie lub przemieszczenie pęcherzyka żółciowego. Nakoniec naświetlanie Roentgenem było stosowane jako środek uśmierzający bóle.

Kol. Węgierko zwraca uwagę na zachowanie się fibrynogenu we krwi. W żółtaczkach kataralnych, hemolitycznych, kamicy niepowikłanej ilość fibrynogenu zostaje dość mała, osocze krwi stabilizowane, skłaczanie daje wynik ujemny.

Przy nowotworach, żółtaczkach wskutek przyczyn mechanicznych W. stwierdzał dużo fibrynogenu. W. uważa, że przedwcześnie jest mówić o stanach hypobilirubinemji, gdyż nie ma możności stwierdzenia tego laboratoryjnie.

Kol. L. Paszkiewicz przytacza dane statystyczne, dotyczące kamicy i jej powikłań na podstawie materjału sekcyjnego Zakładu Anatomji Patologicznej U. W. Według statystyki u mężczyzn stwierdzono kamicę klinicznie i operowano w 2 przypadkach, nieoperowano w 5 przypadkach, sekcyjnie zaś stwierdzono w 98 przypadkach. Powikłania kamicy stwierdzono w 43 przypadkach; zapalenie pęcherzyka w 2, przedziurawienie w 1, zarośnięcie przewodu w 3, nowotwór w 4, przewlekłe zapalenie włókniste pęcherzyka w 27, puchlinę wodną pęcherzyka w 2. Przyczyną śmierci w 1 przypadku była kamica, co stanowi 1%, w 4 przypadkach nowotwór pęcherzyka, co stanowi 5% śmiertelności w związku z kamicą.

U kobiet na 416 przypadków kamicy w 33 przypadkach rozpoznano kamicę klinicznie, co stanowi 8%, powikłania stwierdzono w 172 przypadkach co daje 47%; zapalenie pęcherzyka w 18, zarośnięcie przewodu w 7, nowotwór w 34, przedziurawienie w 5, przewlekłe włókniste zapalenie pęcherzyka w 125, puchlinę pęcherzyka w 4. Przyczyną śmierci kamica była w 5%, nowotwory w 4% co czyni razem 9%.

Kol. A. Gluziński uważa, że trudno wyciągnąć wniosek, aby operować każdy przypadek kamicy, jak tego żądają chirurdzy, nawołując, aby dawać chorych do operacji jak najwcześniej. Ze statystyki widać, że z 500 chorych nie każdy miał atak kolki, następnie, że tylko nieznaczny odsetek chorych na kamicę żółciową umiera wskutek kamicy. Śmiertelność po operacji nawet

w najwcześniejszych okresach wynosi 1—2%. Przy radykalnem usunięciu pęcherzyka żółciowego powtarzają się nawroty bólów, które zmuszają do ponownej operacji. Tu właśnie jest różnica pomiędzy zapaleniem wyrostka robaczkowego i kamicą żółciową. Po pierwszym ataku zapalenia wyrostka odsetek śmiertelności minimalny. Trudno zdecydować się lekarzowi wewnętrznemu na operację na początku choroby gdyż odsetek śmiertelności nie jest taki nizki, jak po operacji wyrostka; a przytem zdarza się, że napadu nie było 15 lat. Dzisiaj musimy skłaniać się do tego, że o ile powtórzył się 2—3 razy atak, należy nakłaniać chorego do operacji.

Kol. Czarkowski Józef uważa, że statystyka kol. Paszkiewicza nie odpowiada rzeczywistości. Ciężkie przypadki chirurdzy ratują często od śmierci. Nawroty po operacji kamicy są częste nawet po usunięciu pęcherzyka żółciowego. Gdyby chirurdzy mieli możność przepłukiwania dróg żółciowych, aby nic nie pozostało w drogach żółciowych, nie widywanoby wznowy. W 5. przypadkach operowanych z powodu kamieni we wspólnym przewodzie żółciowym mówca sprawdzał skrupulatnie, a jednak po operacji wychodziły duże i bardzo liczne kamienie. To znowu w rol. po operacji występowały ataki kolki i wychodziły kamienie. Przy kamicy należy rozszerzyć wskazania do operacji, śmiertelność będzie bardzo mała. We wczesnych okresach można będzie wykonywać operację bez żadnego uśpienia. Wyniki uśpienia są ujemne w przypadkach zapuszczonych. Długotrwała żółtaczka powoduje stany krwawiączki co pociąga za sobą niebezpieczeństwo śmierci w znacznym stopniu. Śmiertelność w tych razach dochodzi do 20% Cz. widywał takie przypadki, kiedy chorzy pomimo wszelkich zabiegów ginęli po 8 dniach po operacji wskutek krwotoku. Cz. skłonny jest uważać termin 3—4 tygodniowy żółtaczki za ostateczny, aby chorego operować, gdyż później grozi większe niebezpieczeństwo.

Kol. Steyner jest zdania, że nie należy operować w ostrych przypadkach. Obserwował jednak przypadki operowane w ostrym stanie i to z dobrym wynikiem.

Kol. Sawicki Bronisław. Sprawa operowania w przypadkach kamicy omawiana jest wszędzie, a nawet w Niemczech nie jest rozstrzygnięta. Do Karlsbadu lekarze wysyłają takich chorych, którzy nadają się do operacji. To też Finck wykonywa operacje u licznych chorych. Wskazania do operacji się wyrabiają. Duży odsetek chorych żyje dziesiątki lat i nie mają napadów, jest jednak duży odsetek zejść śmiertelnych. Mówca wspomina 60-o letniego chorego, który, jadąc do Karlsbadu, w drodze dostał ataku i zmarł. Operacje w górnej części brzucha rzeczywiście są cięższe, niż w dolnej. W większości przypadków chorzy giną od zatrucia i martwicy wątroby. Po operacji S. kilkakrotnie widywał nawroty, to też operował powtórnie. Ciężkość operacji jest względna, wykonanie w młodym wieku nie przedstawia niebezpieczeństwa. Kol. Radliński w ostrem zapaleniu pęcherzyka żółciowego, gdzie niema żółtaczki, radzi przeczekać ostry napad i następnie operować. W ostrym ataku prof. R. zaleca spokój, okład i obserwuje. R. zwraca się do internistów, aby opracowali metody wczesnego rozpoznania schorzeń dróg żółciowych. R. stanowczo twierdzi, że niema sposobu, aby rozpoznać skurczowy, zarośnięty pęcherzyk żółciowy wbrew twierdzeniu kol. Tokarskiego. Rozpoznanie takiego pęcherzyka możliwe jest jedynie na operacji.

Kol. Landau An. wyjaśnia w sprawie hypobilirubinemji i wogóle stanów żółtaczkowych.

Kol. Leśniowski zaznacza, że celem odczytów było zainteresowanie ogółu lekarzy — i cel ten osiągnięto. Z całego szeregu przemówień wynika, że przy kamicy należy chorego operować i to możliwie najwcześniej. W kamicy żółciowej główną rolę odgrywa nie ból, lecz istota choroby. Kamica nie ustępuje, choć bóle ustąpiły, lecz rozwija się. Przy operacjach chirurdzy stwierdzają znaczne zmiany w pęcherzyku żółciowym i jego okolicy. Wielkie statystyki wykazują 10% śmiertelności wskutek kamicy. Naunyn podaje nawet 15%. Kamicy żółciowej nie należy leczyć lecz wyleczyć drogą operacyjną. We wczesnym okresie kamica da się wyleczyć.

Kol. Wł. Janowski wyjaśnia, że podkreślił wyraźnie, że do powstania kamieni nie prowadzi sama tylko niedomoga żółciano-twórcza wątroby, że niezbędnym jest też do tego warunkiem zastój żółci. Dopiero na tem wspólnem tle błędy djetetyczne oraz inne wyliczone warunki prowadzą do kamicy jałowej a dodatek zakażenia do zapalenia dróg żółciowych i kamicy t. zw. mieszanej. Podkreśla i wyjaśnia jeszcze raz, że chirurgów nie może interesować sama żółtaczka mechaniczna, że przeciwnie powinni dążyć do rozpoznania, względnie ustalenia, u badanych przez siebie chorych żółtaczki czynnościowej, gdyż objaw ten na tle innych cech niedomogi wątrobowej może ich uprawnić do nalegania na zabieg operacyjny już wtedy, gdy chory po przebyciu jednego lub szeregu napadów, wydaje się pozornie zdrowym. W końcu J. podkreśla jeszcze raz, że zabieg operacyjny jest w przebiegu kamicy żółciowej w szeregu przypadków już poprzednio przez niego wyliczonych zabiegiem nieuniknionym, często bezpośrednio zabijającym życie, zabieg ten jest jednak tylko ważnym etapem w leczeniu, którego doprowadzenie do końca jest możliwe jedynie w drodze systematycznego traktowania djetetycznego i balneologicznego każdego chorego po operacji.

Kol. Leśniowski A. zastrzega się, że mówił najwyraźniej, że internista rozpoczyna leczenie kamicy, i chory po dokonanej operacji wraca znowu do internisty dla dalszej kuracji.

Kol. Sawicki Br. podkreśla, że wskazania do operacji nigdy nie uzależnia od statystyki, ale w przypadkach nienadających się do operacji ze względu na pewność złego wyniku z całą świadomością nie będzie chorego operował.

Kol. Gluziński zauważa, że nie uwzględniono w przemówieniach, jak odpowiada wątroba na żółtaczkę. Pod wpływem żółtaczki wątroba wytwarza coraz mniej kwasów. Przy podawaniu psom soli żółciowych występują silne zaburzenia, czego u ludzi nie spostrzegano. Słusznem było, że Dunin podawał jod w przypadkach ataku bólów, przypominających atak kolki; zwracał on kilkakrotnie uwagę na posiedzeniach i poruszał w prasie lekarskiej, że są to przypadki kiły wątroby.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny: *W. Kowalski.*

Polskie Towarzystwo Anatomiczne.

Posiedzenie naukowe w dniu 25. czerwca 1924 r.

Przewodniczący E. Loth.

I. Sprawy bieżące: 1) Postanowiono przyśpieszyć wykonanie uchwał zebrania organizacyjnego, dotyczących pracy komisji regulaminowej i komisji bibliotecznej. Obchód 30-lecia pracy naukowej i pedagogicznej prof. Kostaneckiego odłożono do porozumienia się z Krakowem.

2) Upoważniono E. Lotha, M. Konopackiego i J. Zweibauma do porozumienia się z Prenant'em, Fersterem i Policard'em w sprawie drukowania sprawozdań i prac członków Towarzystwa w czasopismach francuskich.

II. Pokazy: 1) E. Loth. W imieniu nieobecnej J. Lothowej pokazał przypadek prosektoryjny **mięśnia prostego brzucha,** który posiadał po stronie prawej tylko **jedną smugę ścięgnistą,** a po stronie lewej dwie. Spostrzeżenie należy do wyjątkowo rzadkich, gdyż przypadków tego mięśnia z jedną smugą ścięgnistą dotąd nie notowano.

2) C. Jastrzębski. Pokaz **serca dziecka 13-o letniego z otworem w przegrodzie.** Zamiast dwu ujść przedsionkowo-komorowych stwierdzono tylko jedno, wspólne dla obu komór i dla obu przedsionków. Przegroda między-komorowa posiadała 4 płatki. Dwa duże, przedni i tylny, wspólne dla obu komór, i 2 mniejsze boczne. Przypadek zalicza J. do bardzo rzadkich i tłómaczy pochodzenie tej wady brakiem zrośnięcia się przedniej i tylnej poduszeczek wsierdzia we wczesnym okresie rozwoju. Jest więc to zahamowanie rozwoju wspólnego ujścia przedsionkowo-komorowego.

III. Komunikaty. 1) A. Wojciechowski. **„Układ chłonny narządów rodnych kobiecych".** Po zaznajomieniu w ogólnych zarysach z techniką badań, autor przedstawił wynik spostrzeżeń własnych, dokonanych na noworodkach (Praca wydrukowana w Akad. Lek., tom 2).

W dyskusji zabierali głos: E. Loth, P. Słonimski, C. Jastrzębski.

2) M. Konopacki **„Zachowanie się glikogenu w początkowych okresach rozwoju zarodków żaby".** Autor badał metodami histochemicznemi różne okresy rozwoju jaj i zarodków żaby, aż do 19-o dniowych kijanek. Glikogen zaczyna wytwarzać się w młodych oocytach prawie jednocześnie z żółtkiem. W jajach dojrzałych glikogenu jest bardzo dużo, lecz zostaje on wydalany z jaja podczas wydzielania perywitelinu. Po raz drugi zaczyna się wytwarzać glikogen w okresie neuruli prawie we wszystkich narządach kosztem żółtka. Proces ten pozostaje niewątpliwie w związku z procesami chemicznemi odbywającemi się podczas morfogenezy. Za tem przemawiają: zmiana barwliwości żółtka, które z zasadochłonnego staje się kwasochłonnem, wzmożenie metabolizmu, zaobserwowane przez Parnasa i Krasińską, jak również i fakt, że glikogen pojawia się najpierw w okolicy głowowej zarodka, jako najwcześniej różniczkującej się, a później w okolicy ogonowej. Dalsze zachowanie się glikogenu jest różne dla różnych narządów. W jednych zostaje on w ciągu kilku dni zużyty, w innych zaś, jak n. p. w mięśniach prążkowanych, stopniowo nagromadza się. O ile zaś kijanki otrzymują pożywienie z zewnątrz, to już w zarodkach trzynasto-dniowych można spostrzec nowe nagromadzenie się glikogenu, przyczem po raz pierwszy zjawia się on w wątrobie. Z powyższego wynika, że glikogen zjawia się w zarodkach wczesnych żaby w trzech określonych fazach różnemi drogami i rozwijający się organizm zużywa go w różny sposób w poszczególnych narządach.

W dyskusji zabierał głos P. Słonimski.

C. Jastrzębski sekretarz.

II. Zjazd Okulistów Polskich we Lwowie

w dniach 19. i 20. września 1924.

Drugi zjazd okulistów polskich rozpoczął swe obrady dn. 19. września 1924 w sali wykładowej kliniki okulistycznej Uniwersytetu J. K. W zjeździe wzięło udział 80 uczestników ze wszystkich krańców Polski.

Po wygłoszeniu przemowy powitalnej przez prof. Bednarskiego, przewodniczącego miejscowego komitetu organizacyjnego, przystąpiono do wyboru prezydjum. Honorowym prezesem wybrano prof. Macheka (Lwów). Na prezesów

czynnych poszczególnych posiedzeń powołano: profesorów Noiszewskiego (Warszawa), Majewskiego (Kraków), Szymańskiego (Wilno), Kapuścińskiego (Poznań); na sekretarzy: Ruszkowskiego (Warszawa), Zacherta (Kraków), Milewską (Wilno), Szymanowskiego (Bydgoszcz).

Sekretarzem generalnym został wybrany doc. Reis (Lwów).

Przemawia potem prof. Machek, wspominając przedstawicieli nauki polskiej z dawnych czasów, prof. Noiszewski zaś poświęca krótkie wspomnienie pośmiertne zmarłym członkom Tow. ok. polskich. Przed rozpoczęciem obrad wita jeszcze prof. Bednarski niezwykłego uczestnika, 83-letniego okulistę polskiego dr. Zagórskiego z Rzeszowa, kapitana weterana, dawnego wychowanka akademji medyko-chirurg., warszawskiej, powstańca 63 r. i byłego asystenta kliniki ocznej w Bazylei.

Następnie przystąpiono do porządku dziennego. **Głównym tematem** wyznaczonym na pierwszy dzień obrad było **zagadnienie jaskry prostej** (*glaucoma simplex*). Zagadnienie na czasie, gdyż istota tej postaci chorobowej jest niewyjaśniona, a postępowanie lecznicze niejednolite. W przeciwieństwie do jaskry zapalnej, w której klasyczna irydektomja Gräfego zawsze jeszcze oddaje znakomite usługi, jest jaskra prosta terenem, na którym różnorodne są wykonywane zabiegi lecznicze, a ich wspólną cechą w znacznej części jest nietrwałość wyników operacyjnych. Trudnego też zadania podjęli się prof. Kapuściński, opracowując część teoretyczną i prof. Majewski, który omówił część terapeutyczną jaskry prostej.

I. Posiedzenie w dniu 19 września 1924.

Przewodniczy: prof. Noiszewski, Sekr. Ruszkowski.

1. Kapuściński (Poznań): **O teorji i patogenezie jaskry prostej.** Na podstawie danych z fizjologji i patologji oka starał się mówca odpowiedzieć na pytanie, czy dzisiejszy stan wiedzy może dać rozwiązanie problemu jaskry prostej. Jak wiadomo, zasadniczą cechą wszystkich schorzeń jaskrowych jest wzmożone ciśnienie wewnątrzgałkowe, które pośrednio lub bezpośrednio wpływa na zanik nerwu ocznego. W oku normalnem ciśnienie śródgałkowe zależnem jest od dwóch czynników: 1) od układu krwionośnego (z uwzględnieniem ciśnienia krwi, ilości krwi w naczyniach oka i jakości krwi) i od 2) cieczy wewnątrz gałkowej, a właściwie od stosunku ubywania tej cieczy z gałki ocznej do przybywania. Niema dostatecznego dowodu, że istnieje stały prąd cieczy w gałce ocznej do kanału Schlemma, raczej przypuścićby należało nikłe przybywanie i ubywanie cieczy, jak w stojących wodach. Zaburzenia w krwiobiegu nie są pierwotną przyczyną jaskry, także zaburzenia w odpływie cieczy z przedniej komory nie mogą być jedyną przyczyną jaskry. Z teorji, uwzględniających nadmiar wytwarzania się cieczy w gałce ocznej, zasługuje na uwagę teorja o obrzęku ciała szklistego, poparta badaniami o nadmiernej ilości Na Cl. Na zakończenie dochodzi mówca do wniosku, że badania dotychczasowe nie pozwalają na ustalenie teorji, któraby objawy jaskry tłumaczyła całkowicie.

2. Majewski (Kraków): **O leczeniu jaskry prostej.** (Temat programowy). W wyczerpującym referacie przedstawia mówca przegląd rozmaitych zabiegów leczniczych, stosowanych przeciw jaskrze prostej. Leczeniem zachowawczem nie należy pogardzać, należy je stosować tak długo, dopóki bystrość wzroku i pole widzenia nie wykazują dalszego pogorszenia. Mówca uważa za zbliżoną do prawdy statystykę Uhthoffa, która wykazuje w 2% stałe utrzymanie siły wzroku zapomocą samych tylko środków zwężających źrenicę.

W ogromnej większości przypadków nie można jednak choremu uratować wzroku bez zabiegu operacyjnego. Irydektomja, tak skuteczna w jaskrze zapalnej, tutaj zwykle zawodzi. Na jej miejsce powstały inne sposoby operacyjne: *Iridencleisis* Holtha *iridotasis* Borthena, polegające na rozmyślnem uwięznięciu tęczówki między brzegami ranki, nie zyskały szerszego zastosowania. Większem uznaniem cieszy się cyklodializa Heinego, stwarzająca wolne połączenie między przednią komorą a przestrzenią nadnaczyniówkową. Jestto zabieg operacyjny nie kryjący w sobie większych niebezpieczeństw i mogący być bez obawy kilkakrotnie powtórzony. Według statystyki, podanej przez Heinego, trwale dobry wynik osiągnięto w 25%, wynik dobry ale zbyt krótko obserwowany w 41%, dobry ale przemijający w 15%, bez wpływu w 16%, a zły wynik w 0.6%. Sklerotomja przednia oraz tylna nie może być samoistnym zabiegiem w leczeniu jaskry prostej. Jest ona raczej nakłuciem twardówki i oddaje dobre usługi w przypadkach opóźnionego odtworzenia się przedniej komory po irydektomji w oczach dotkniętych jaskrą prostą. Natomiast bardzo poważne miejsce w rzędzie operacyj przeciwjaskrowych przypisuje sprawozdawca sklerekto-irydektomji Lagrange'a. Celem tej operacji jest wytworzenie w twardówce stałej przetoki podspojówkowej czyli tak zwanej blizny przesączającej. Ze statystyki francuskich autorów wynika, że wynik pomyślny uzyskano w granicach 46—70%, przyczem podnieść należy, że operacja ta nie daje powodu do żadnych bezpośrednich powikłań. Podnieść to należy tembardziej, że inny sposób operacyjny, trepanacja Elliota, nie jest wolnym od tego zarzutu, gdyż nie przestają się mnożyć doniesienia o częstych przypadkach późnego zakażenia. Przy wykonaniu trepanacji Elliota, sto imy, według mowy, wobec tragicznego dylematu: im lepsza fistulizacja, im lepszy wynik optyczny, tem większe niebezpieczeństwo zakażenia. Gdzie blizna jest bardziej zbita i gładka, tam nie grozi zakażenie, ale też wątpliwym jest wynik operacyjny. Porównywując bezstronnie liczby zestawień statystycznych dochodzi mówca do wniosku, że operacji Lagrange'a przyznać należy conajmniej równorzędne miejsce z trepanacją Elliota, zwłaszcza, że po sklerektomji Lagrange'a zakażenia śródgałkowe należą do rzadkości.

Poczesne miejsce w rzędzie zabiegów operacyjnych należy się także sklerotomji krzyżowej Wicherkiewicza, podanej jeszcze w r. 1908 a dotąd poza krakowską kliniką prawie nigdzie nie wykonywanej. Operacja polega na głębokich nacięciach w kratkę obnażonej twardówki w okolicy tuż za ciałkiem rzęskowem, nie przechodzących jednakże przez całą grubość twardówki, a tylko wytwarzających wzmożoną przepuszczalność tkanki twardówkowej czyli poprostu bliznę filtracyjną. Według materjału statystycznego krakowskiej kliniki okulistycznej, opracowanego przez Karelusa, było w liczbie 150 przypadków 87% klinicznej poprawy, 10% utrzymanie st. quo a tylko w 3% dalsze pogorszenie wzroku.

Mówca skłania się osobiście do przyjęcia dwóch metod operacyjnych przy jaskrze prostej: jedna z nich radykalniejsza, to operacja Lagrange'a, która ma zapewnić trwałą fistulizację przedniej komory, druga, zalecająca się przedewszystkiem brakiem wszelkiego ryzyka i jakiegokolwiek niebezpieczeństwa, to sklerotomja Wicherkiewicza, dająca rozległe pole filtracyjne.

Rozprawy.

3. Bednarski (Lwów) przedstawia **wyniki po 62 cyklodializach**, wykonanych w ostatnich dwóch latach na klinice okulistycznej. Trwale dobry wynik otrzymał B. w 4 przypadkach jaskry prostej z utrzymanem widzeniem jakościowem, czas spostrzegania wynosił 8—20 miesięcy; do tej grupy zaliczyć jeszcze można dalsze 3 przypadki spostrzegane przez 2½—4 miesięcy.

Największy odsetek przypadków stanowi grupa wyników dobrych, ale przy krótkiem spostrzeganiu. W 5 przypadkach była poprawa przemijająca a w 15 operacja przeszła bez skutku, lecz na te niepomyślne wyniki złożyły się przypadki jaskry dokonanej, wodooczа i t. p. Utraty wzroku w następstwie cyklodializy B. nigdy nie zauważył. Dwa przypadki, w których po cyklodializie wykonano wyłuszczenia gałki, tłumaczą się tem że jeden był dokonaną jaskrą bolesną a w drugim sekcja gałki wykazała nowotwór. Dwukrotną cyklodializę wykonano w 4. przypadkach jaskry prostej. Po wtórnej cyklodializie we wszystkich przypadkach nastąpiła poprawa, z tego jednakże tylko dwa przypadki spostrzegano dłużej, bo 4 miesiące. Trzykrotną cyklodializę wykonano w 1 przypadku jaskry prostej. Wszystkie 3 cyklodializy, wykonane w ciągu jednego roku, pozostały bez skutku tonometrycznego, wzrok jednak i pole widzenia utrzymywały się na jednakowym stopniu. Dopiero w 3 miesiące po dokonanej w 13 miesiącu po cyklodializie irydektomji, stwierdzono obniżenie się ciśnienia. W przypadkach, gdzie po dokonanej irydektomji przyszło do ponownego zwiększenia ucisku śródocznego, spowodowała cyklodializa doraźne obniżenie ucisku — dalszego spostrzegania nie było.

Jedną z największych zalet cyklodializy jest łatwość w wykonaniu i nieszkodliwość, chociaż w ostatnich czasach zaczęto wątpić o jej nieszkodliwości. Do 8 ogłoszonych w piśmiennictwie przypadków dodaje mówca 2 przez siebie spostrzegane, w których po cyklodializie nastąpił napad jaskry, opanowany przez następowo wykonaną irydektomję.

4. Ballaban T. (Lwów) zaznacza przy omawianiu **wskazań dla poszczególnych metod operacyjnych przy jaskrze**, że leczenie operacyjne jaskry w dzisiejszych czasach nie może być szablonowem a raczej należy starać się do każdego poszczególnego przypadku stosować odpowiedni zabieg operacyjny. Z nowych metod operacyjnych najważniejsza jest cyklodializa, która, poza jaskrą prostą, można także stosować i w innych postaciach jaskry. Zdarza się, że w przypadkach, w których irydektomja nie osiąga dodatniego wyniku, następowo wykonana cyklodializa utrwala wynik leczniczy na stałe. Zdaniem mówcy, o ile irydektomją i cyklodializą nie daje się osiągnąć uleczenia jaskry, zawodzą zwykle i inne metody operacyjne. B. przestrzega przed stosowaniem Elliota w jaskrze ostrej a uważa ją za wskazaną przy jaskrze przewlekłej tylko w tych przypadkach, w których przy stosowaniu środków zwężających źrenicę zmniejsza się wprawdzie ucisk śródoczny ale równocześnie zmniejsza się także bystrość wzroku i ogranicza pole widzenia. Ważnem jest także pamiętać, że przy badaniu ucisku śródocznego tonometrem nie chodzi o ucisk absolutny, lecz o różnicę powstałą pomiędzy uciskiem śródocznym przed i po stosowaniu środków zwężających źrenicę. Sklerektomja Lagrange'a jest operacją bardziej skomplikowaną, stąd i powikłania po niej są częstsze.

Naogół biorąc można na pewne twierdzić, że 90% świeżych przypadków jaskry jest uleczalnych. Poza leczeniem miejscowem należy uwzględnić także zmiany w całym ustroju i odpowiednio je leczyć a oko operowane powinno stale pozostawać pod kontrolą co do badania ucisku śródgałkowego, pola widzenia i bystrości wzroku.

Noiszewski podaje do wiadomości, że cyklodializa Heinego jest właściwie *ponction cyclo-iridienne*, którą Chibret podał znacznie wcześniej.

5. Szwarc (Warszawa) zastanawia się nad pytaniem, czy **wszystkie przypadki jaskry przewlekłej zapalnej aż także i prostej powinne być operowane**. Stary pogląd Lebera o wpływie ciśnienia krwi na napięcie gałki ocznej nie da się utrzymać. Typowym dowodem rozbieżności między ciśnieniem krwi a ciśnieniem śródocznem jest działanie adrenaliny, która wywołuje wzmożone ciśnienie krwi, a zastrzyknięta pod spojówkę gałkową oka, wywołuje zmniejszenie napięcia śródocznego. Dla zrozumienia działania adrenaliny przy jaskrze należy sobie uprzytomnić budowę naczyniówki. Na przekrojach widać niewielką ilość tętnic i naczyń włoskowatych, najwięcej zaś żył, czyli, że mamy przed sobą jakby ciało jamiste, które, gdy ulega przekrwieniu, staje się twardem i zaczyna wywierać ucisk na zawartość gałki ocznej, powodując w następstwie wzmożone napięcie. Aby usunąć te objawy wystarczy wywołać skurcz naczyń krwionośnych, krew zostaje wtedy wyciśnięta i ciśnienie śródgałkowe wraca do normy. Opierając się na powyższych badaniach Hamburgera zastosował mówca adrenalinę w 5 przypadkach jaskry, wstrzykując pod łącznicę 0.2 nierozcieńczonego preparatu. Gdy pierwsza dawka nie pomaga, można po 2 dniach zastosować drugą. Zastrzyki podłącznicowe wywoływały po dwóch godzinach obniżenie napięcia śródgałkowego; zastrzyki podskórne były bezskuteczne. Następowo zastosowana ezeryna i pilokarpina doprowadzały ciśnienie do normy, nawet w tych przypadkach, w których przed stosowaniem adrenaliny były bez skutku. Na podstawie nowszych spostrzeżeń o zależności jaskry od zaburzeń ogólnego ustroju, mówca uważa, że należy zwrócić uwagę na gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu i na układ współczulny i poddać chorego leczeniu organoterapeutycznemu, gdy zaś mikroskopja włoskowata wykryje zaburzenia w układzie włoskowatym, powinniśmy przystąpić do leczenia adrenaliną.

6. K. Bałłaban (Warszawa) daje w skróceniu **przegląd najnowszych sposobów operacyjnych przy jaskrze**. Od czasu wynalazku tonometru uzyskano pewną podstawę krytycznej oceny przebiegu i leczenia jaskry. Omawia operacje Holtha i Borthena a dla wytłumaczenia operacji Lagrange'a powołuje się na zapatrywanie Rochon-Duvigneaud'a, że tylko całkowite wycięcie twardówki może spowodować powstanie rzeczywiście filtrującej blizny, przyczem najważniejszym czynnikiem leczniczym jest irydektomja. Wspomina także o trepanacji Elliota i cyklodializie Heinego.

7. Arkin (Warszawa): **Układ nerwowy a jaskra.** Mówca badał, jaki wpływ na cały ustrój i na wysokość ciśnienia śródgałkowego ma wprowadzenie do krwiobiegu bodźców dla układu wegetatywnego i autonomicznego. W 14 przypadkach chorzy oddziaływali słabo na podskórne zastrzyki pilokarpiny i adrenaliny. Ciśnienie śródgałkowe również nie ulegało zmianie. Prawdopodobnie zachodzą przy jaskrze miejscowe zmiany w szyjnych zwojach nerwu współczulnego.

8. Frankowska (Warszawa) podaje **wyniki swych badań nad działaniem ezeryny na oczy normalne**, przeprowadzonych na 38 dzieciach z wadami refrakcji w wieku od 9 do 16 lat. W oku normalnem dziecka ezeryna po pierwotnej zwyżce ciśnienia (przeważnie 2—4 mm) powoduje spadek ciśnienia, najczęściej 4—6 mm, niekiedy dochodzące do 8 mm. Pozatem ezeryna wywołuje zwężenie źrenicy i skurcz akomodacji, dochodzący 10—12 D, a niekiedy i wyżej. Z badań tych mówczyni wyprowadza następujące wnioski: 1) zwężenie źrenicy i spadek ciśnienia — są to dwa zjawiska niezależne jedno od drugiego i 2) że pierwotna zwyżka ciśnienia po ezerynie nie jest objawem równoległym, ani ze skurczem akomodacji, ani z jego wysokością.

Majewski zaznacza, że doświadczenia Hamburgera i Fromageta otwierają nowe perspektywy dla leczenia zachowawczego jaskry prostej.

Noiszewski pokazuje preparaty histologiczne z gałki psa, po trepanacji czaszki.

9. Mikulińska (Lwów) podaje **przyczynek do statystyki jaskry**, opierający się na danych lwowskiej kliniki ocznej z lat 1901—1924 (z wykluczeniem 4 lat wojny). Badano w tym czasie 111.103 chorych. Jaskra we Lwowie stanowi 0.64% wszystkich chorób ocznych, odsetek stosunkowo niski w porównaniu z odnośnemi cyframi, uzyskanemi w innych miastach Europy. U żydów wykazano częściej jaskrę, niż u katolików. Na 100 chorych z jaskrą przypada 51.5 żydów, a 48,5 katolików — podczas gdy stosunek badanych żydów do katolików jest znacznie mniejszy. Z chorych przyjętych na klinikę było kobiet 12,3%, mężczyzn 5,3%. Jaskrę zapalną spotykano częściej u kobiet, niż u mężczyzn. U mężczyzn 77% z jaskrą zapalną, a 22% z jaskrą prostą; u kobiet 88% z zapalną a 11 z prostą. Jaskrę stwierdzano najczęściej między 50—70 rokiem życia w jednakich odsetkach u kobiet i mężczyzn.

10. Ruszkowski (Warszawa) przytacza **wyniki 88 operacyj Lagrange'a, wykonanych przeważnie z powodu jaskry prostej**. Wśród 70 chorych było 40 ślepych na jedno oko (jaskra dokonana lub nieudały zabieg operacyjny). Czas obserwacji chorych trwał od 7 dni do 3 lat. Siła wzroku po operacji poprawiła się w 41% przypadków, pozostała bez zmiany w 48%, obniżyła się mimo operacji w 11%. Pole widzenia rozszerzyło się po operacji w 28%, pozostało bez zmiany w 60%, a zwęziło się w 9%. Ciśnienie śródgałkowe wróciło do stanu prawidłowego w 85% (12—20 m Hg) — w innych przypadkach wahało się między 24—46 m. Zakażenia wtórnego nie było ani razu, pomimo, że operacja była wykonana w 3 przypadkach wkrótce po usunięciu ropiejącego woreczka łzowego, a 2 razy przechodzili w parę miesięcy po operacji ostry nieżyt spojówek.

Eliasberg zaleca **własne cięcie rąbko-tęczówkowe** (*iridotomia limbaris sive limbo-iridotomia*), jako nową operację przeciwjaskrową. Cięcie w rąbku rogówki nożem linijnym Graefego w kierunku strzałkowym, nóż posuwa się dalej przez komorę przednią i tęczówkę, a na zakończenie można ten zabieg połączyć z wessaniem ciałka szklistego. Według mówcy operacja ta może być przygotowawczą do innych operacyj przeciwjaskrowych i może być stosowaną przy jaskrze złośliwej i dokonanej. W przypadku opisanym przez mówcę przyszło następowo po operacji do wytworzenia zrostów tylnych. E. uważa to za objaw korzystny, przyczepiny tylne, zwężając źrenicę, działają na podobieństwo miotyków.

Gorfein podkreśla **znaczenie wegetatywnego systemu nerwowego dla patogenezy jaskry** i zależność tego ostatniego od wewnętrznego wydzielania. Przeprowadza analogję między ciałem rzęskowem u człowieka, a ciałem naczyniówkowem u ryb kostnoszkieletowych, tworzącem dookoła nerwu wzrokowego gęsty splot naczyniowy. Podobieństwo tego splotu naczyniowego (*plexus chorioideus ophtalmicus*) i ciała rzęskowego z gruczołowym narządem wydzielniczym, jak plexus choroid. encephalic (Noiszewski) pozwala przypuszczać, że corpus ciliare jest takim samym gruczołem wydzielniczym. Analogicznym narządem byłby także grzebień (*pecten*) u ptaków.

Także autogenetyczne dane (pochodzenie gruczołów wewnętrznego wydzielania z pobocznego łuku skrzelowego) wskazują, że gruczoł chorioidalny jest prawdopodobnie organem wewnętrznego wydzielania. Wychodząc z tego założenia stara się mówca dać patogenezie jaskry nowoczesną biologiczną podstawę: wewnętrzne wydzielanie drogą wegetatywnego systemu nerwowego.

Szwarc uważa za niezbędne poddanie chorych z jaskrą prostą przedewszystkiem leczeniu organoterapeutycznemu i leczeniu adrenalinowemu. Mikroskopja zaś naczyń włoskowatych skóry we wszystkich przypadkach jaskry przewlekłej i prostej wykazała zmiany charakterystyczne dla zaburzeń układu naczyniowego.

Wojno (Warszawa) podaje, że operacja Wicherkiewicza może oddać cenne usługi w przypadkach jaskry prostej przy niezbyt wysokiem ciśnieniu, gdy zabieg bardziej radykalny z jakichkolwiek bądź względów jest przeciwwskazany.

Melanowski zaznacza, że operacja Lagrange'a zaleca się tak prostotą, jak i bezpieczeństwem dla oka, operację Elliota uważa za najniebezpieczniejszą modyfikację Lagrange'a.

Kapuściński jest zdania, że nie wolno tracić czasu na używanie środków, których skuteczność jest problematyczna, jak stosowanie wyciągów z gruczołów i t. d. Operacja Lagrange'a, wykonana ściśle według przepisów autora, jest trudniejszą, niż trepanacja Elliota, a wynik jest zależnym od sposobu operowania. Zastrzyk adrenaliny poza gałkę oczną wywołał w obserwowanych przypadkach wzmożenie ciśnienia i napad jaskry ostrej.

Miesesówna zastosowała w 3 przypadkach zastrzyki podspojówkowe adrenaliny. W 2 przypadkach ze stanami następowemi po jaskrze prostej adrenalina nie działała, w trzecim przypadku, w którym pilokarpina spowodowała obniżenie ucisku, adrenalina w kombinacji z pilokarpiną spowodowała spadek ciśnienia z 90 mm na 17 mm, adrenalina sama tylko 35 mm, na parę godzin. W tym przypadku wykonała M. irydektomję, po której nastąpiły bóle i krwawienie. Po wstrzykiwaniach śródżylnych 50% cukru gronowego nastąpiła poprawa. Zastosowanie wewnętrzne preparatów gruczołu tarczykowego nie okazało polepszeń, ani w jaskrze prostej, ani w ostrej.

C. d. n.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników. Sekcja higjeny i mikrobiologji.

Niżej podpisani zawiadamiają, że na XII. Zjeździe lekarzy i Przyrodników, który się odbędzie w lipcu 1925 r., w Sekcji higjeny i bakterjologji przewidziane są następujące odczyty programowe. Z dziedziny higjeny: 1) Dr. Witold Chodźko: Zagadnienia sanitarne w Polsce, 2) Prof. Karaffa-Korbutt: Nowe prądy w higjenie zawodowej, 3) Dr. L. Rajchman: Współpraca międzynarodowa na polu higjeny.

Z dziedziny mikrobiologji: 1) Dr. F. Eisenberg: Zagadnienia zmienności w bakterjologji, 2) Prof. Groër: Patologja i epidemjologja błonicy, 3) Dr. S. Sierakowski: Nowe prądy w metodyce hodowli bakteryjnej.

Prelegentów, chcących wygłosić odczyty oryginalne, upraszа się o nadsyłanie tytułu referatów wraz z krótkiem streszczeniem do sekretarjatu (Państwowy Zakład Badania Surowic, ul. Chocimska 2, Warszawa) przed I-szym maja 1925 r. r.

Przewodniczący Sekcji: Prof. *S. Dzierzgowski*, Dr. *L. Hirszfeld.*

III. Zjazd otolaryngologów rumuńskich odbył się w dniach 26 i 27 października b. r. pod przewodni-

ctwem prof. N. Metzianu. Tematy programowe: 1) Przewlekłe zapalenie migdałków i ich leczenie; 2) Zapalenie nerwów wzrokowych na skutek zapalenia tylnych jam nosowych; 3) Guzy włókniste gardzieli i ich leczenie chirurgiczne.

Sprawy zawodowe.

Obecny stan organizacji służby lekarskiej przy kolejach w Małopolsce i projekt jego zmiany.

Służbę lekarską spełniają dotychczas przy kolejach ryczałtowo płatni lekarze, którzy są urzędnikami sanitarnymi i równocześnie lekarzami Kasy chorych. Stosunek ich do Zarządu kolejowego określają normy z czasów austrjackich, wedle których są oni wszyscy, z wyjątkiem lekarza naczelnego, kontraktowymi pracownikami. Ci jednak z pośród nich, których pobory w czasach austrjackich równały się conajmniej poborom najniższych urzędników kolejowych, mieli w Austrji »charakter urzędniczy«, dający im prawo do posuwania się w stopniach płacy po wysłużeniu pewnej ilości lat; drudzy zaś, mający pobory niższe od poborów urzędniczych, nie mieli tak zwanego »charakteru urzędniczego«, wskutek czego nie posuwali się wcale w płacy.

Wszyscy lekarze kolejowi zawierali z Zarządem kolejowym umowy pisemne, w których było zastrzeżone, iż ich zajęcie kolejowe jest częścią ich prywatnej praktyki lekarskiej. Z chwilą objęcia Zarządu kolejowego przez Państwo Polskie, zostali lekarze, mający t. zw. charakter urzędniczy, przeniesieni na etat państwowy kolejowy i pobierają płace z funduszów państwowych, a wszyscy inni pozostają nadal w stosunku kontraktowym i pobierają wynagrodzenie wyłącznie z funduszów Kasy chorych, jakoteż nie mają prawa do funduszu pensyjnego. Ogólna liczba lekarzy kolejowych wynosi w Małopolsce 166, w tem 90 etatowych i 76 lekarzy kontraktowych. W każdej Dyrekcji urzęduje lekarz naczelny, jako referent sanitarny, który jest bezpośrednim przełożonym wszystkich lekarzy kolejowych. Ogólna liczba pracowników kolejowych ubezpieczonych w Kasie chorych kolejowej, we wszystkich Dyrekcjach Małopolskich, z końcem roku 1923 wynosiła 60.552 osób. Z bezpłatnej pomocy Kasy chorych korzystają, oprócz pracowników, także ich rodziny, a liczba członków rodzin przekracza dwukrotną liczbę samych pracowników, wobec czego na jednego lekarza przypada przeciętnie przeszło 1.000 osób do leczenia w roku. Każdy lekarz ma przydzielony pewien okręg, albo lokalny albo na przestrzeni, którego długość zależy od stosunków miejscowych i dochodzi u niektórych lekarzy do stu klm.

Pracownicy kolejowi, należący do Kasy chorych obowiązkowo, t. j. wszyscy, niemający charakteru urzędniczego, mają, w myśl obowiązującego statutu Kasy chorych, bezpłatną pomoc lekarską dla siebie i swych (dzieci tylko do 18 roku życia), do bezpłatnej pomocy w szpitalach, lecz wyłącznie dla siebie, wszelkie koszta leków oraz niezbędnych innych środków leczniczych (kąpiele, bandaże i t. p.) pokrywa w całości Kasa chorych. Nieetatowi członkowie Kasy chorych otrzymują przez pierwszych 7 dni choroby pełne pobory, potem tylko zasiłek z Kasy chorych, w wysokości 60%—70% poborów a to przez czas choroby, względnie do 6 miesięcy, licząc od zachorowania.

Do zakresu działania lekarzy kolejowych należą, prócz leczenia bezpłatnego członków Kasy chorych i ich rodzin, wszystkie sprawy higjeniczno-sanitarne w okręgu przydzielonym, a więc badania nowo wstępujących do kolei co do ich zdolności do służby, wedle szczegółowych przepisów, wydawanie opinji o stanie zdrowia i zdolności do służby urzędników, nienależących do Kasy chorych, okresowe badania wszystkich pracowników kolejowych, w celu ustalenia ich zdolności do dalszej służby ze względu na wzrok, słuch i ogólny stan zdrowia, interwencja w przypadkach nieszczęśliwych, opinjowanie stanu zdrowia uszkodzonych w czasie wypadku, oznaczanie ubytku zdolności do pracy wskutek wypadku, nadzór higjeniczny nad wszystkiemi budynkami kolejowemi (warsztatami, ogrzewalniami, koszarami, strażnicami), nadzór nad restauracjami i bufetami, współdziałanie przy zwalczaniu chorób zakaźnych, nadzór bezpośredni nad odkażaniem, wyszkolenie t. zw. korpusów sanitarnych i t. p.

Lekarze kolejowi są obowiązani przedkładać miesięczne wykazy leczonych pracowników i liczbowe zestawienia leczonych członków rodzin — a na końcu roku dokładne sprawozdanie o ruchu chorych i wszelkich spostrzeżeniach, tyczących stosunków higjenicznych w okręgu przydzielonym.

Pobory lekarzy etatowych zależą od lat służby przy kolei i odpowiadają pewnym stopniom płac urzędniczych; najwyższe pobory odpowiadają płacy urzędnika 7-go stopnia. Lekarze kontraktowi pobierają wynagrodzenia wedle pewnego klucza, uwzględniającego ilość członków Kasy, przydzielonych w okręgu, oraz długość przestrzeni. Pobory ich równają się zasadniczo poborom lekarzy etatowych.

Budżet Kasy chorych w Dyrekcjach małopolskich powstaje z 2% wkładek pracowników kolejowych obowiązkowo należących do Kasy chorych i z 1% dodatku ze strony administracji kolejowej i pokrywa w zupełności wszelkie koszta złączone z leczeniem członków Kasy chorych, w myśl statutów oraz koszta wszystkich lekarzy kontraktowych.

* *

Dotychczasowa organizacja służby lekarskiej ma być obecnie zmieniona, a mianowicie Kasy chorych kolejowe mają być zniesione, a koszta leczenia wszystkich pracowników kolejowych ma objąć kolej we własnym Zarządzie, na zasadzie ustawy uposażeniowej dla wszystkich pracowników państwowych. W tym celu ma być przeprowadzony w każdej Dyrekcji nowy podział na okręgi lekarskie, wedle zasady, że jeden okręg ma obejmować 500—1000 pracowników, a przestrzeń przydzielona jednemu lekarzowi, ma wynosić od 0—100 klm. przestrzeni, przyczem maximum pracowników, t. j. 1000 w jednym okręgu, przyjmuje się w skupieniu na przestrzeni od 0—7 klm, a minimum, t. j. 500, przy rozciągłości okręgu do 100 klm, zależnie od miejscowych stosunków. Plan reorganizacyjny przewiduje również utworzenie w każdym okręgu jednego lub więcej ambulatorjów, odpowiednio urządzonych i wyposażonych, i ewentualne przydzielenie lekarzom wyszkolonych sanitarjuszów. Lekarze kolejowi mają być z reguły urzędnikami etatowymi, poświęcającymi się całkowicie służbie kolejowej. Przeprowadzenie tego planu zależnem jest od nowelizacji ustawy o Kasach chorych i ustawy o pragmatyce dla urzędników państwowych i kolejowych.

Dla stosunków kolejowych małopolskich zmiana projektowana nie oznacza poprawy stanu rzeczy, gdyż łączy się z nią zniesienie instytucji Kasy chorych, w której mieli pracownicy zabezpieczone daleko idące prawa i usługi, za które płacili do Kasy i mogli ich w granicach statutu żądać. Z chwilą przejścia lecznictwa na Zarząd kolejowy, bez udziału pracowników w kosztach leczenia — i przy ustanowieniu lekarzy urzędowych, od których wymagać się będzie całkowitego poświęcenia się służbie kolejowej, wynikną niewątpliwie trudności w stosunku chorych do lekarzy i lekarzy do Zarządu kolejowego. Przy ogromnej liczbie pracowników przydzielonych jednemu lekarzowi do leczenia, ucierpi sprawna i należycie pojęta pomoc lekarska — a lekarze będą zbyt obarczeni pracą i skrępowani w znacznej mierze swojem stanowiskiem, całkowicie urzędowem, w spełnianiu swych obowiązków zawodowych wobec powierzonych ich pieczy pracowników.

Związek lekarzy P. P. Okrąg małopolski.

Z powodu zatargu między Zarządem powiatowej Kasy chorych w Chrzanowie a lekarzami tejże Kasy, nastąpił z dn. 11. X. b. r. stan bezkontraktowy.

Związek lekarzy P. P. Okrąg małopolski ostrzega wobec tego ogół lekarzy przed wchodzeniem w rokowania oraz przyjmowaniem posady lekarza w powiatowej Kasie chorych w Chrzanowie bez porozumienia się ze Związkiem.

Izba lekarska w Krakowie.

Izba lekarska nadsyła nam następujący odpis pisma Ministerstwa Skarbu.

Ministerstwo Skarbu
L. DPO. 2780/III.

Warszawa, dnia 6. października 1924.

Krakowska Izba Lekarska, Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka i Zarząd Związku Lekarzy Państwa Polskiego w sprawie opinjowania odwołań, wnoszonych przez lekarzy.

Do Krakowskiej Izby Lekarskiej w Krakowie.

W odpowiedzi na memorjał z dnia 3. czerwca r. b., dotyczący opinjowania przez lekarskie organizacje i zrzeszenia zawodowe w sprawach opodatkowania lekarzy, Ministerstwo Skarbu komunikuje, że opinje takie mogą być dołączane do odwołań, wnoszonych przez poszczególnych lekarzy od wymiaru podatku przemysłowego (od obrotu), i będą brane pod uwagę przy rozpatrywaniu tych odwołań przez Komisje, jako pomocniczy materjał orjentacyjny. Za Ministra Skarbu. Podpis nieczytelny. Dyrektor Departamentu.

(Wpłynęło do redakcji lwowskiej dn. 22. X.).

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 17. września 1924.

Przewodniczący zdaje sprawę z obrad posiedzenia Sądu Naczelnej Izby Lek., które się odbyło w Warszawie w dniu 14. września. Następnie rozprawiano nad projektem noweli do ustawy o kasach chorych z 20. maja 1920. Wyrażono opinję, że należy znacznie obniżyć granicę dochodu osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, że należy uchylić postanowienie, mocą którego osoby ustawowo nieobowiązane do ubezpieczenia mogą dobrowolnie zgłosić się na członków Kasy, że należy dążyć do decentralizacji pomocy kasowej przez dopuszczenie zawiązywa-

nia własnych kas przez większe przedsiębiorstwa i instytucje, że należy do rodziny ubezpieczonych członków zaliczyć jedynie dzieci i rodzeństwo do ukończenia 18 lat, o ile są na wyłącznem utrzymaniu członka Kasy, że należy oddać kierownictwo Kas lekarzom, podobnie, jak jest w szpitalach. Dalej uchwalono oświadczyć się przeciwko projektowi, którym zamierzono nałożyć na lekarzy zrywających umowę z Kasą obowiązek pełnienia nadal czynności w Kasie pod rygorem nawet utraty uprawnienia do wykonywania praktyki, postanowienie bowiem takie pozbawiłoby lekarzy zagwarantowanych konstytucją praw obywatelskich i wprowadziłoby prawa wyjątkowe dla stanu lekarskiego. Wreszcie uchwalono żądać przeprowadzenia w Kasach chorych zasady wolnego wyboru lekarza z pośród wszystkich lekarzy, ktorzy zgloszą gotowość udzielania posad w danej Kasie.

Posiedzenie Zarządu w dniu 24. września 1924.

Na zapytanie Starostwa w P. w sprawie wykonywania praktyki dentystycznej przez dr. H. uchwalono odpowiedzieć, że Zarząd Izby stoi na stanowisku, iż lekarz chcący prowadzić zakład dentystyczny powinien wykazać specjalne przygotowanie w zakresie dentystyki.

Z powodu nieprawidłowego opodatkowania niektórych lekarzy uchwalono interwenjować przez delegację Zarządu Izby u Prezesa Lwowskiej Izby skarbowej.

Przyjęto proponowaną nowelę art. 38. ustawy o Izbach lekarskich, w której to sprawie rozpoczęto dyskusję na posiedzeniu poprzedniem Zarządu Izby. Uchwalono wyrazić życzenie, aby sędziowie Sądu Najwyższego byli stale mianowani do Sądu Naczelnej I. L. i to z głosem stanowczym.

Następnie wydano opinję w sprawie wysokości honorarjum dr. P. w D. oraz dr. L. w L. i w sprawie rejestracji 4. lekarzy.

Na wezwanie przewodniczącego postanowiono zaprosić Radę Izby lekarskiej na zebranie w dniu 26. października 1924. i ułożono porządek dzienny.

Na żądanie Kuratorjum okręgu szkolnego lwowskiego wyrażono opinje co do kandydatów na 4 posady lekarzy szkolnych we Lwowie i po jednej posadzie w Tarnopolu i Kołomyji.

W końcu wyrażono opinje co do dalszej potrzeby istnienia apteki publicznej w Borysławiu i co do przeniesienia apteki w Rudkach do innego lokalu.

Posiedzenie Zarządu w dniu 1. października 1924.

Obwód sanocki Związku lekarzy P. P. nadesłał pismo, w którem sprzeciwia się ustanowieniu cennika dla lekarzy i proponuje zwołanie ogólnego zebrania lekarzy, należących do Izby lwowskiej, celem omówienia tej sprawy.

Uchwalono odpowiedzieć, że Izba lekarska nie może wyrzec się uprawnienia do zabierania głosu w sprawie cennika lekarskiego, które posiada na zasadzie art. 21. ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, dalej, że zwołanie ogólnego zebrania lekarzy jest niewykonalne.

Wskutek doniesienia, że dr. Ch. objęła posadę w Kasie chorych w K. pod warunkami uchybiającemi godności stanu, postanowiono zasięgnąć wyjaśnień od dr. Ch.

W sprawie zażalenia dr. Z. na dr. L. we Lwowie postanowiono obu tych kolegów przesłuchać.

Następnie rozpatrywano ponownie sprawę stosunku lekarzy w Tłumaczu do Kasy chorych. Uchwalono przypomnieć wszystkim lekarzom w Tł., że Izba stoi na stanowisku wolnego wyboru lekarza w Kasach chorych.

W sprawie dr. K. w B. uchwalono odpowiedzieć Wydziałowi Krakowskiego Okręgu Związku lekarzy P. P., że motywy decyzji Zarządu Izby z 9. IV. 1924. w tej sprawie zawarte są w piśmie, wystosowanem do dra K., a znanem Wydziałowi Okręgu.

W końcu wydano opinję w sprawie pozwolenia na wykonywanie praktyki lekarskiej pani Z. St. i uchwalono poprzeć rekurs dr. B. w sprawie podatkowej.

Ś. p. Dr. Teofil ZERA.

W d. 28 sierpnia r. b. zmarł w Warszawie jeden z nielicznych już słuchaczów b. Szkoły Głównej dr. Zera. Przez lat 50 praktykował w Warszawie jako specjalista chorób wenerycznych i skórnych, przez lat z górą 40 był ordynatorem Szpitala św. Łazarza. Zarówno wśród kolegów, jak także wśród licznego grona chorych, cieszył się zasłużonem uznaniem i sympatją, jaką zdobywał ujmującem i serdecznem obejściem. Przez długie lata był z wyboru bardzo czynnym członkiem Zarządu Kasy Wsparcia Wdów i Sierót po lekarzach. Jako gorący patrjota dawał niejednokrotnie inicjatywę do czynów, mających na celu dobro współrodaków i dobrobyt kraju. Brał czynny udział w wielu sprawach, mających znaczenie społeczne, był jednym z głównych inicjatorów wzniesienia w Warszawie pomnika Mickiewicza.

Posiadając licznych chorych w rosyjskich sferach urzędowych, potrafił wielokrotnie wykorzystać swe stosunki w celu łagodzenia srogich kar, grożących przestępcom politycznym, a kilkakrotnie udało mu się nawet osiągnąć uchylenie wyroku śmierci.

Całe życie poświęcił dla innych, zasłużył przeto na wdzięczną pamięć za półwiekową pracę, zmierzającą ku celom wzniosłym i szlachetnym! *W. Sz.*

Ś. p. Dr. Aleksander KAROLI.

Dnia 22 sierpnia b. r., po dłuższej chorobie serca, zmarł w Warszawie, przeżywszy lat 53, dr. Aleksander Karoli, ordynator, zarządzający przychodnią szpitala św. Ducha. Za czasów uniwersyteckich, jako jeden z t. zw. »Kilińczyków«, ś. p. Karoli był zesłany do wschodniej Rosji, gdzie spędził na wygnaniu około 2 lat. Przerwane studja ukończył w Dorpacie, poczem około 25 lat pracował stale w szpitalu św. Ducha, początkowo jako asystent dr. med. Pawińskiego, następnie — lekarz miejscowy, a ostatnio zarządzający przychodnią, której budowa i doskonałe urządzenia głównie Jego są zasługą. Człowiek wysokiej kultury, doskonały znawca szpitalnictwa i historji szpitali warszawskich ś. p. Karoli był przytem wielkim miłośnikiem pamiątek »Starej Warszawy« i studjował z zamiłowaniem literaturę wszechświatową. W każdej pracy odznaczał się niezwykłą sumiennością, akuratnością i dokładnością, był człowiekiem prawym, szczerym, bez cienia blagi, kolegą uczynnym, i, pomimo wielkiej i gruntownej wiedzy, bardzo skromnym. Cześć Jego pamięci!

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Towarzystwo Internistów Polskich. D. 19. X. odbyło się w klinice medycznej U. J. I. powakacyjne posiedzenie Tow., poświęcone wyłącznie uczczeniu zasług ś. p. prof. Walerego Jaworskiego. W obecności rodziny Zmarłego prof. W. Orłowski zobrazował postać ś. p. Jaworskiego jako uczonego, jako profesora i kierownika kliniki medycznej U. J., oraz przedstawił Jego zasługi w powstaniu Tow. Internistów Polskich i w powołaniu do życia Muzeum Historji medycyny w U. J. Następnie kol. M. Blassberg w bardzo dokładnem zestawieniu przedstawił prace naukowe ś. p. Jaworskiego. Klinika medyczna, w której ś. p. prof. Jaworski spędził na pracy naukowej prawie 40 lat, w tej liczbie 13 lat jako jej dyrektor, dla uczczenia Jego pamięci i przekazania potomności zawiesza w sali wykładowej Jego portret.

Profesorem zwyczajnym dermatologji zamianował Pan Prezydent Rzeczypospolitej postanowieniem z dnia 3. X. 1924 r. dr. Jana Tadeusza Lenartowicza, nadzwyczajnego profesora dermatologji w Uniw. Jagieł.

Lwów.

Statystyka słuchaczów na Uniwersytecie w r. szk. 1923/24 wykazuje w półroczu zimowem 6124 zapisanych, z tego na wydziale teologicznym 75, prawniczym 2233, lekarskim 1213, filozoficznym 2603. Na Wydziale lekarskim było w tem półroczu mężczyzn 1033, kobiet 180. W półroczu letniem było ogółem 5986 słuchaczów, z tego na Wydziale lekarskim 1175 (1007+168). Na Wydziale lekarskim odbyło się egzaminów ścisłych 481 (71+207+203), egzaminów dorocznych trzech według nowego programu studjów 305 (216+54+35), promocyj doktorskich było 204 (176+28).

Towarzystwo higjeniczne rozpoczęło w październiku jesienny cykl wykładów trzema wykładami z zakresu gruźlicy. Wykłady te cieszą się wielkiem powodzeniem, czego dowodem znaczna liczba słuchaczów. W porozumieniu z »Książnicą« wydaje Towarzystwo »Bibljoteczkę higjeniczną«, z której już wyszło pięć broszur, dalsze są w druku.

Celem sporządzenia planów i urządzenia kliniki pedjatrycznej w nowo założonym Wydziale lekarskim w Belgradzie został tamże zaproszony prof. Groër na kilka miesięcy.

Poznań.

Liczba słuchaczów Wydziału lekarskiego w r. 1923/24 wynosiła 475, z tego 398 mężczyzn, 75 kobiet. Promocyj odbyło się 79.

Warszawa.

»Sekcja medycyny wojskowej« zostanie utworzona na XII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie. Na przewodniczącego sekcji został powołany płk. lek. Ludwik Zembrzuski (Lek. wojsk.).

W wojskowej Szkole sanitarnej od 12. VII. do 6. IX. b. r. odbył się kurs przeszkolenia fachowo-wojskowego

medyków, odkomenderowanych na studja uniwersyteckie. Z 97. słuchaczów wszyscy złożyli pomyślnie egzamin z wysłuchanych przedmiotów i otrzymali prawo noszenia odznaki W. S. S. (Lek. wojsk.)

Dożywianie dziatwy szkolnej. Min. oświaty przesłało do dyrekcyj szkolnych okólnik, wzywający nauczycielstwo do organizowania masowego dożywiania niezamożnej dziatwy szkolnej w porozumieniu z istniejącemi przy magistratach wydziałami opieki społecznej, instytucjami pomocy dzieciom, kołami rodzicielskiemi i t. p.

Katalog Czasopism całego świata wydaje w r. bieżącym biuro ogłoszeń p. t. Rudolf Mosse. Towarzystwo Reklamy Międzynarodowej w Warszawie, które, mając jeneralną reprezentację p. R. Mossa na Polskę, objęło redakcję działu polskiego, zwraca się za naszem pośrednictwem do wszystkich pism polskich codziennych i fachowych, o możliwe szybkie przesłanie pod adresem Towarzystwa (ul. Marszałkowska 124) numerów okazowych oraz dokładnych danych, dotyczących ogłoszeń i nakładu.

Wilno.

Wydział lekarski Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, składa W. Pani Doktorowej Wacławowej Męczkowskiej w Warszawie serdeczne podziękowanie za ofiarowany dla kliniki psychjatrycznej Uniwersytetu Stefana Batorego księgozbiór, składający się z przeszło 400 dzieł treści lekarskiej po ś. p. dr. Wacławie Męczkowskim. Dziekan Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego. *Z. Orłowski.*

Liczba słuchaczów Wydziału lekarskiego wynosiła w r. 1923/24 w trymestrze pierwszym 541, w drugim 513, w trzecim 502. Promocyj doktorskich nie było. Na oddziale farmaceutycznym w trymestrze pierwszym 133, w drugim 121, w trzecim 115.

Ze świata.

Ministerstwo zdrowia w Czechosłowacji ma być zniesione przy sposobności zwinięcia czterech innych ministerstw z powodów oszczędnościowych.

Bezpłatne porady lekarskie wprowadza szweckie Towarzystwo ubezpieczeniowe Vita, na wzór towarzystw angielskich i amerykańskich; porady perjodyczne dla swych ubezpieczonych.

W sprawie pozwolenia na pouczanie o sposobach zapobiegania ciąży w zakładach położniczych zwróciła się organizacja kobiet, zatrudnionych w przemyśle, do angielskiego ministra zdrowia Mr. Johna Wheatleg'a. Ten jednak oświadczył, że jedynie parlament na podstawie uchwały może pozwolić na pouczanie o sposobach zapobiegania ciąży.

II. Zjazd Międzynarodowego Związku lekarek w lipcu b. r. odbył się w Londynie. Przybyło na zjazd blizko 7000 lekarek, reprezentujących wszystkie państwa. Programowym tematem był temat »Przyczyna i zapobieganie chorobom matek«.

Nowe wydanie farmakopei jest w toku w Stanach Zjednoczonych. Zajmuje się niem komitet złożony z 24 lekarzy. Zawiera on 650 leków w porównaniu z 782 w poprzedniem wydaniu farmakopei. W nowem wydaniu wprowadzono 40 leków nowych, natomiast znaczniejsza liczba leków została skreślona jako o małej lub żadnej wartości leczniczej. Wśród nowo wprowadzonych do farmakopei leków znajduje się tannigen, aspiryna, anestezyna, piramidon, protargol, adalina, luminal, nowokaina i in.

W kolei podziemnej w Nowym Jorku w czasie od 1. stycznia do 21. maja r. b. zatrzymano z powodu zabronionego tam plucia osób 2045, z których od 1784 ściągnięto grzywny w wysokości ogólnej 3670 dolarów; z powodu zabronionego tam palenia tytoniu zatrzymano osób 4311, zapłaciły one grzywny 9311 dolarów.

W jednym z referatów wygłoszonych na posiedzeniu Wydziału higjenicznego Ligi narodów, a poświęconych stanowi zdrowia publicznego w Rosji, jest następujące zdanie: Zmniejsza się liczba przypadków duru osutkowego, cholery i gorączki powrotnej. Wzrasta liczba przypadków zimnicy, szczególnie złośliwej, po wojnie dopiero przyniesionej z Kaukazu. Dotąd stwierdzono pięć miljonów przypadków zimnicy! Cała światowa wytwórczość chininy, wynosząca sześćset ton rocznie nie wystarczyłyby na leczenie tej ilości chorych. Cena chininy jest obecnie pięć i pół razy wyższa niż przed wojną.

Konferencja międzynarodowa w sprawie zwalczania zimnicy odbyła się w lipcu b. r. w Moskwie. Przewodniczącym konferencji wybrano prof. Nochta z Hamburga.

Z nizin praktyki lekarskiej. W styczniu r. b. w przemówieniu do studentów oskarżył znakomity chirurg wiedeński, prof. Hochenegg, lekarzy wiedeńskich o szereg czynów niemoralnych. Izba lekarska wiedeńska uznała go winnym i skazała na pozbawienie praw wyborczych na trzy lata, grzywnę pieniężną magistrat Wiednia, któremu Izba podlega, zniósł ten wyrok z powodu uchybienia formalnego. Obecnie wygłasza swój wyrok Senat akademicki uniwersytetu wiedeńskiego, przed który prof. Hochenegg sam się zaskarżył. Otóż główny punkt wyniku brzmi: Co się tyczy zarzutów, jakie podniósł prof. H. przeciw pewnym grupom lekarzy wiedeńskich, na podstawie obszernego zebranego materjału, Senat dochodzi do wniosku, że takie fakty, jak konkurencja przez zapewnienie pośrednikom wysokich prowizyj, kierowanie chorych do specjalistów wątpliwej wartości, luźne stawianie wskazań do operacji — nie tylko nie stanowią wyjątku, ale, że przeciwie, przyjęły postać zdarzeń typowych. Nie słuszne też jest potępianie prof. Hochenegga z powodu, że swoje zarzuty roztoczył przed gremjum studentów. Przeciwnie, do obowiązków nauczyciela akademickiego należy, obok zagadnień naukowych, roztrząsanie zagadnień zawodowych i potępianie przewinień przeciw moralności zawodowej.

Restaurację djetetyczną z kawiarnią założył Związek pielęgniarzy w Krystjanji. Wydają tam potrawy zastosowane do wszelkich przyjętych postaci djet leczniczych; więc djetę tuczącą i odchudzającą, djetę mleczną, cukrzycową, małosolną, bezpurynową i t. p. Goście muszą się wykazać zarządzeniem lekarskiem.

Śmiertelność i chorobliwość z chorób zakaźnych: W Krakowie: od 28. IX. — 4. X. Płonica 16 (0) — błonica — 2 (0) — dur brzuszny 9 (0) — czerwonka 9 (2) — róża — 1 (1). We Lwowie: od 4 - 11. X. Płonica 29 (3) błonica 4 (0) — dur brzuszny 4 (0) — dur osutkowy 1 (0) czerwonka (21).

Ogłoszenie.

Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej zwraca się do wszystkich polskich Towarzystw Lekarskich, tak naukowych, jak społecznych z prośbą o przysłanie pod adresem lwowskiej redakcji (ul. Piekarska 52) następujących dat statystycznych:

1) rok założenia Towarzystwa,

2) osoby założyciele,

3) majątek Towarzystwa (domy, zbiory, bibljoteki, fundacje naukowe lub dobroczynne, lecznice etc),

4) czy Towarzystwo było czynne nieprzerwanie w czasie ucisku zaborców i wielkiej wojny,

5) obecna ilość członków Towarzystwa.

Wiadomości te będą w odpowiedni sposób zużytkowane w P. Gazecie Lekarskiej i przyczynią się do ożywienia ruchu między Towarzystwami oraz do ułatwienia wspólnych wystąpień w kraju i zagranicą.

Okrąg Małopolski Związku lekarzy P. P.

zaprasza P. T. Kolegów na **WIEC LEKARZY**

na dzień 16. listopada 1924 r. (tj. w niedzielę) o godz. 4. popoł. w Krakowie w sali Tow. lekarsk., Radziwiłłowska 4.

Na wiecu omawianą będzie sprawa organizacji, sprawa wolnego wyboru lekarzy do kas chorych, oraz sprawa utworzenia obwodu krakowskiego Związku lekarzy P. P.

Ciężkie położenie ekonomiczne lekarzy, zwłaszcza młodszych, spowodowało Wydział Okręgu do zwołania wiecu, aby skupić stan lekarski i omówić słuszne środki do obrony na przyszłość.